


Crescat Scientia
Vita Excolatur





# KLINIK

für

# psychische und nervöse Krankheiten.

Herausgegeben

von

**Robert Sommer,**

Dr. med. et phil.,

o. Professor an der Univ. Gießen.

**I. Band. 1. Heft.**

INHALT:





**HALLE a. S.**

Verlag von Carl Marhold

1906

# Vorwort.

Für die Herausgabe dieser „Klinik“ sind folgende Gründe maßgebend gewesen:

Die im letzten Jahrzehnt geschehene Entwicklung der psychopathologischen *Untersuchungsmethoden* ermöglicht es in vielen Fällen, Psychosen und psychisch-nervöse Zustände rascher und gründlicher zu erkennen, als es vorher der Fall gewesen ist. Aus der Schaffung exakter Untersuchungsmittel hat sich eine *verbesserte Diagnostik* ergeben.

Der Zweck der vorliegenden Schrift ist in erster Linie der, zu lehren, wie man durch bewährte und einfache Methoden in den *einzelnen Fällen der psychiatrisch-neurologischen Praxis* zu einer möglichst genauen Feststellung der Symptome und zur richtigen Auffassung der Krankheitsart gelangt. Gerade an den *praktischen Arzt* treten schon jetzt die diagnostischen Fragen bei beginnenden Psychosen und Psycho-Neurosen oft sehr dringend heran und werden es noch viel mehr tun, wenn die praktischen Ärzte nach der im Gange befindlichen Einführung der Psychiatrie in das medizinische *Staatsexamen* auch dem Publikum gegenüber als in der Psychiatrie *unterrichtet* erscheinen werden. Das gleiche gilt in noch höherem Grade von den an psychiatrischen Kliniken, Stadtasylen oder Abteilungen von Krankenhäusern tätigen Ärzten, an die in immer höherem Maße die Forderung einer schnellen und sicheren Erkennung der Krankheit gestellt wird. Aber auch die Psychiater an den größeren Anstalten mit einem starken Überwiegen des Präsenzstandes über die Zahl der Neuaufnahmen können sich der allgemeinen Entwicklung nicht entziehen und werden besonders in Fällen von *Begutachtung* immer mehr genötigt, von dem Werkzeug einer genaueren *Methodik* Gebrauch zu machen.

In der von mir geleiteten Klinik für *psychische und nervöse* Krankheiten habe ich seit 10 Jahren fortschreitend mit der Ausbildung der *Untersuchungsmethoden* einerseits die in der Klinik behandelten Kranken mit diesen diagnostisch *geprüft*, andererseits den Unter-

richt der Studierenden in Psychiatrie unter Verwendung dieser genau analysierten Fälle möglichst im Sinne einer diagnostischen Schule zu gestalten gesucht. Die Voraussetzung hierzu gewährten die gemeinsam mit den Ärzten der Klinik abgehaltenen Übungen in der analytischen Behandlung des ganzen Gebietes. Dank deren sorgfältiger Mitarbeit hat sich in der Klinik eine sehr große Zahl von Krankengeschichten angesammelt, die eine Frucht mühevoller methodischer Untersuchung darstellen und von denen eine Reihe geeignet erscheinen, als Teile einer „Klinik für psychische und nervöse Krankheiten" verwendet zu werden. Ferner ist mit den hier ausgebildeten Methoden vielfach auch in anderen Anstalten des In- und Auslandes gearbeitet worden, so daß Beiträge von dort zu erwarten sind. Aus dem neurologischen Gebiet wurden in erster Linie solche Fälle verwendet, die mit psychischen Symptomen einhergehen, also das Mittelgebiet des psychisch Nervösen betreffen. Jedoch sind dabei vielfach auch rein neurologische Untersuchungen und Überlegungen nötig, um zu einer genauen Diagnose zu gelangen.

Besonders lag es entsprechend der fortschreitenden Ausbildung der psychophysischen Methoden nahe, gerade auch das Mittelgebiet zwischen Nerven- und Geisteskrankheiten mit Hilfe dieser zu erforschen und die Untersuchungsmethoden allmählich so zu vereinfachen, daß sie nicht nur für die ein instrumentelles Laboratorium benutzenden, sondern auch für die ohne ein solches untersuchenden Ärzte brauchbar werden.

Es hat sich nun ferner herausgestellt, daß die verbesserte Erkennung in vielen Fällen den Weg zu einer richtigen Behandlung weist. Die Diagnostik wird sich, wie in den anderen Fächern der Medizin, auch in der Psychiatrie immer mehr als Voraussetzung der Therapie erweisen. Und zwar gilt dies einerseits für das Gebiet der Psychiatrie im engeren Sinne, andererseits für die große Gruppe der psychisch-nervösen Zustände und funktionellen Nervenkrankheiten im allgemeinen, deren Auffassung zurzeit noch vielfach sehr unter der schematischen Einreihung in die üblichen Fächer der Hysterie, Neurasthenie etc. leidet, während die genauere Untersuchung der psychophysischen Funktionen vernachlässigt wird, die allein zu einer scharf unterscheidenden Anwendung der einzelnen therapeutischen Mittel führen kann. Der Mißerfolg in der Behandlung von funktionellen Nervenkrankheiten beruht häufig darauf, daß bei Mangel einer genauen Symptomanalyse ein Mittel angewendet wird, das zu dem besonderen Charakter der Neurose nicht paßt, während es bei anderen Voraussetzungen gut gewirkt haben würde. Wir stehen in dieser Beziehung erst im Anfange einer auf genauer psychophysischer Erkenntnis beruhenden Therapie.

Es soll also in dem vorliegenden Buche, in dem sich die Art einer

neuzeitlichen Klinik darstellt, einerseits Symptomenlehre mit Diagnostik und Prognostik, andererseits die Behandlungsweise berücksichtigt werden. Dabei ist jedoch von der systematischen Anordnung eines Lehrbuches Abstand genommen, vielmehr sollen in dem Gange der Darstellung die rasch wechselnden Anforderungen der klinischen Praxis zum Ausdruck kommen.

Da am Schluß zur leichteren Orientierung eine Übersicht des Materials in Form eines Registers gegeben werden wird und da auch die Literatur in dem Sinne verwendet worden ist, daß die bei den einzelnen Aufsätzen genannten Schriften zur weiteren Einführung in das betreffende Gebiet dienen sollen, so wird das Buch sich als Nachschlagewerk für den Praktiker nützlich erweisen, dabei jedoch durch die klare Wiedergabe dem Leben entnommener charakteristischer Krankheitstypen mittels reproduktiver Anschauungsmittel eine trockene Darbietung des psychiatrischen Stoffes vermeiden.

Um der rasch fortschreitenden klinischen Methodik und Erfahrung Rechnung zu tragen, ist die Form der Vierteljahrshefte im Umfange von 5—6 Bogen gewählt, die nach Verlauf von 2 Jahren zum Abschluß kommen werden. Der Inhalt soll im wesentlichen dem Gange einer über zwei Semester verteilten psychiatrisch-neurologischen Klinik entsprechen und dem in Psychiatrie und Nervenpathologie schon unterrichteten Arzt den lebendigen Zusammenhang mit den Fortschritten in diesem Gebiete vermitteln.

R. Sommer.

I.

# Psychiatrische Untersuchung eines Falles von Mord und Selbstmord mit Studien über Familiengeschichte und Erblichkeit.[1])

Von R. Sommer.

In dem Dorfe N. in Oberhessen geschah kurz vor Weihnachten am 22. Dezember 1903 ein Ereignis, das durch seine Furchtbarkeit weithin Aufsehen erregte, und dessen psychologische Vorgeschichte völlig dunkel erschien. In dem Hause des Landwirts S. X. wurde die ganze Familie, der 43 Jahre alte S. X., seine Frau sowie seine drei Kinder im Blut gefunden, zum Teil schon tot, zum Teil schwer verletzt. S. X. war durch einen Schuß in den Mund verwundet, neben ihm lag der Revolver, die anderen Mitglieder der Familie zeigten Hieb- und Schlagverletzungen am Schädel und Gesicht, die blutige Axt lag in der Schlafstube. Der Schluß war zwingend, dass X. seine Familie und dann sich selbst zu töten versucht hatte, was in der Tat zum Ableben aller mit Ausnahme der einen zwölfjährigen Tochter geführt hat. Da bei dieser infolge der Schädelverletzung völlige Erinnerungslosigkeit für die Vorgänge eingetreten ist, so war eine Zeugenaussage über die Vorgänge nicht vorhanden. Da der Täter bald darauf am 24. Dezember starb, so lag für die Gerichtsbehörden kein Grund vor, das Geschehnis, abgesehen von der Feststellung der Folgen der Tat, weiter zu behandeln.

Das Ereignis erschien jedoch vom kriminal-psychologischen und sozialen Gesichtspunkt aus so merkwürdig, daß ich bei der Ministerialabteilung für öffentliche Gesundheitspflege in E. eine psychiatrische Begutachtung des Ereignisses anregte, zu deren Ausführung ich mich erbot. Durch die Ermächtigung von seiten dieser Behörde war es mir möglich, umfangreiche Erhebungen über die Familie und die Vorgeschichte der Tat anzustellen, über die ich im folgenden zusammenfassend berichte.

[1]) Nachdruck oder Auszüge in nicht-medizinischen Blättern mit Rücksicht auf die dargestellten Familienverhältnisse ausdrücklich verboten. S.

## I. Die Tat.

Da Zeugen der Handlung nicht vorhanden waren, mußte diese aus ihren Wirkungen erschlossen werden, was manchmal bei psychiatrischen Begutachtungen vorkommt und dann wesentliche Schwierigkeiten bedingt.

Wir sind dabei lediglich auf die Art der Verletzungen im Zusammenhang mit dem Befund am Morgen nach der Tat angewiesen. Zum Verständnis sind folgende Vorbemerkungen nötig. Die Eheleute X. bewohnten ein Haus mit Hofraite in N. Vom Flur des Wohnhauses führt der Eingang rechts in die Wohnstube, hinter der das gemeinsame Schlafzimmer der Familie liegt. Dieses enthält drei Betten. Das Wohnzimmer hatte zwei, die Schlafstube ein Fenster nach der Straße. Am Tage vor dem Ereignis war die Schlachtung eines Schweines in dem Gehöft vorgenommen worden, die Zubereitung des Fleisches usw. war in dem Wohnzimmer geschehen. Die Axt, die bei der Verarbeitung des Schweins zum Aufschlagen des Schädels benutzt war und sich in dem Zimmer befand, lag am nächsten Morgen in dem Schlafraum. Offenbar war die Tat mit ihr ausgeführt.

Während der Nacht hat niemand etwas Auffälliges wahrgenommen. L. C., Knecht des S. X., schlief im unteren Stockwerk links der Haustür (rechts ging es in das Wohnzimmer). Während er sonst von seiner Herrschaft geweckt wurde, unterblieb dies am 22. Dezember. Als er um 7 Uhr aufstand, war die Zimmertür verschlossen. Auf wiederholtes Klopfen bekam er keine Antwort. Ungefähr um 7 Uhr hat er etwas „rappeln“ hören, sonst aber nichts wahrgenommen. Die Magd F. A., die über der Küche im ersten Stock schlief, hörte nichts.

Die Familie X. schlief stets vollzählig in der einen Stube, wo die Leichen gefunden wurden, obgleich im oberen Stock noch Betten vorhanden waren. Nach Aussage der Magd wechselten die Familienmitglieder täglich mit den Lagerstätten.

Qu. E., Dienstknecht bei dem Nachbar G., sah den S. X. gegen 7 Uhr, als er von der Straße in den Hof trat, am Fenster stehen. Während er bis zur Öffnung der Haustüre einige Augenblicke vor dieser stand, hörte er aus der Richtung der X.'schen Wohnung zweimal kurz hintereinander ein Knallen, dachte aber in diesem Moment nicht an Schüsse, sondern glaubte, es sei irgendein Gegenstand umgefallen oder der Schall rühre von Klopfen her. Erst nach Auffinden der X.'schen Familie um ca. $9^1/_2$ Uhr erinnerte er sich der um 7 Uhr gemachten Wahrnehmung. Ein anderer Nachbar K. H. hat die beiden Schüsse ebenfalls gehört und erzählt den Vorgang wie E.

Die Aussage stimmt zu der Annahme, daß zwischen der Tötung der Familie und dem Selbstmorde des X. eine Zeit verflossen ist, in der er an das Fenster getreten ist. Irgendwelche Zeichen von Ver-

wirrtheit oder Erregtheit sind dem Qu. E. an S. X. nicht aufgefallen. Er schien im Zimmer auf und ab zu gehen.

Demnach ist die Tötung wahrscheinlich vor 7 Uhr geschehen, der Selbstmord nach dieser Zeit.

Um $8^1/_2$ Uhr drangen Nachbarn in die verriegelte Wohnstube ein. In dieser war alles in Ordnung. In der Schlafstube brannte eine Lampe auf dem Schreibtisch, auf diesem lag ein kurzer Hammer und stand eine $^3/_4$ volle Schnapsflasche. Ferner lag da ein (später zu behandelnder) Zettel von der Hand des X. Unter dem Schreibtisch befand sich das Beil. Alle Fenster in Wohn- und Schlafzimmer waren geschlossen, die Vorhänge vorgezogen.

Links von der Tür lag S. X. auf dem Gesicht, nahe dabei ein Revolver, der noch drei geladene Patronen enthielt. Später zeigte sich ein Schuß in den Mund (Einschußöffnung am harten Gaumen).

Im Bett an der Außenseite der Schlafstube lag die Leiche der Frau X., das linke Bein hing aus dem Bett. Zwischen diesem und dem parallel stehenden lag B. X., in dem letztgenannten Bett die eine Zwillingstochter G. Die andere Zwillingstochter F. lag noch lebend im dritten Bett, nannte den Namen der sich ihrer annehmenden Magd und sagte auf die Frage, ob der Vater es getan, „nein". Sie meinte sich im Schlafe gestoßen zu haben. (Interessant zur Psychologie der Aussage.)

Die Verletzungen sind im einzelnen folgende: Bei Frau X. war eine Zertrümmerung des linken Schädeldaches mit fortgeleiteten Sprüngen an der Basis geschehen. Es handelt sich um einen mit starker Gewalt geführten Schlag gegen die linke Schläfe. Außerdem leichtere Schlagverletzungen. G. X.: Schädelbruch rechts und links, wahrscheinlich ebenfalls durch Schlag gegen die Schläfe bedingt. F. X.: Schädelbruch mit Splitterung, in gleicher Weise entstanden. B. X. war, solange er noch Lebenszeichen von sich gab, rechtsseitig gelähmt, zeigte dementsprechend einen schweren Schädelbruch auf der linken behaarten vorderen Kopfpartie mit Austritt der Gehirnmasse, ist also in ganz ähnlicher Weise getroffen worden wie die anderen.

Die Schläge sind demnach im wesentlichen alle gegen die linke Schädelseite geführt mit dem Resultat der Zerschmetterung. Die Lage der Körper läßt vermuten, daß die Frau im Bett schlafend oder aufwachend getroffen, der aus dem anderen Bett hinzukommende Sohn dann zwischen den Betten niedergestreckt worden ist, die jüngeren Kinder entweder im Schlaf oder bei dem Versuch, aus dem Bett zu springen.

Die Art der Tötung hat also große Ähnlichkeit mit der Art, wie in manchen Gegenden Tiere vor der Schlachtung durch Beilhiebe betäubt werden.

Auf dem in dem Schlafzimmer befindlichen Schreibtisch brannte

das Licht. Dort lag ein Zettel mit folgendem Inhalt: „Liebe Schwägerin, wenn Ihr meine Frau noch retten könnt, gebt Euch Mühe, letzten Gruß S. . . . X. . . .“ (Vgl. die Handschrift Figur 1.) Der Zettel ist mit Blut bespritzt. Wahrscheinlich hatte sich S. X. am Schreibtisch in den Mund geschossen und ist dann nach rückwärts gefallen.

Bemerkenswert ist, daß von dem Zeugen E. der S. X. an dem betreffenden Morgen an dem Schlafstubenfenster stehend gesehen worden ist, ohne daß an ihm etwas Besonderes aufgefallen wäre. Wahrscheinlich war zu dieser Zeit die Tat schon ausgeführt, so daß der Selbstmord des Mannes nicht unmittelbar darauf, sondern erst nach einer Weile ausgeführt zu sein scheint. Dazu paßt auch der auf dem Schreibtisch gefundene Zettel, der offenbar nach der Tat geschrieben ist.

Fig. 1.

Diese Beobachtungen sprechen gegen einen Zustand von Verwirrtheit und tobsüchtiger Erregung, wie er z. B. bei Alkoholpsychosen und epileptischen Dämmerzuständen vorkommt. Es handelt sich um unter Ausschluß dieser Annahmen darum, ein psychologisches Verständnis für die Motive der Tat zu gewinnen, besonders zu beurteilen, ob diese zu einem bestimmten Krankheitsbild gehören.

Bei der Sektion zeigte S. X. Schädelasymmetrien und eine starke Zwischenschicht der Knochentafeln des Schädels.

## II. Vorgeschichte.

S. X. ist am 2. Februar 1863 geboren. Sein Vater war Landwirt in Ober-P. Aus früherer Zeit ist nichts Auffallendes zu ermitteln. Er hat von 1882—85 beim Militär gedient. Seine Landwirtschaft ging befriedigend, so daß schwere geschäftliche Sorgen als Motiv ausgeschlossen erscheinen. Der Sohn soll wenig begabt gewesen sein, erscheint nach einigen Aussagen als schwachsinnig. Vermutlich ist dies dem Vater eine Quelle trüber Vorstellungen gewesen.

Am 25. Juli 1893 wurde S. X. wegen fahrlässiger Brandstiftung (nach § 309, 308 Str.GB.) zu 40 Mark Geldstrafe ev. acht Tagen Gefängnis verurteilt. Wenngleich es sich strafrechtlich nicht um ein schweres Vergehen handelt, ist dies doch durch die besonderen Umstände bemerkenswert, die aus den uns zur Verfügung gestellten Akten der Staatsanwaltschaft ersichtlich sind. S. X. zündete am 25. April 1893 früh gegen 10 Uhr auf seinem seit mehreren Jahren abgeholzten an den Domänenwald angrenzenden Waldgrundstück Feuer an, angeblich, um das umherliegende Reiserwerk zu vernichten. Er will das Feuer dann ausgetreten haben und dann weggegangen sein. Das Feuer war indessen nicht erloschen, sondern ergriff den Bodenüberzug mit heller Flamme und lief an mehreren Stellen auf den Domänenwald über. Man erhält den Eindruck einer bei der klaren Sachlage nicht verständlichen Unvorsichtigkeit.

Im Sommer 1904 mußte S. X. und sein Sohn in einer Strafsache gegen seinen früheren Dienstknecht M. C. aus N. vor Gericht Zeugnis ablegen. C. wurde verurteilt und soll beim Verlassen des Gerichtssaales zu X. gesagt haben. „Mit Euch rechne ich noch ab." Eine Schwester von C. (ein Schulkind) hat zu den X.'schen Mädchen gesagt: „Euer Vater hat vor Gericht nicht so ausgesagt wie erst." Dieses hat die Frau ihrem Manne erzählt, worauf derselbe sehr in Zorn geraten und dieselbe mit Mißhandlung bedroht haben soll. Dies hat die Frau selbst anderen Frauen erzählt. Zu seinem Schwager T. äußerte X., derselbe solle mit C. sprechen, er sei bereit. ihm (dem C.) 10 Mark zu den Kosten zu geben, da er befürchte, C. würde ihm etwas am Vieh machen. T. hat dieses Anerbieten abgelehnt und hat in der Sache nichts getan.

Zu Weihnachten 1903 stand Dienstbotenwechsel bevor, was ihn sehr beschäftigt hat. Es ist sicher, daß er sich hierüber übertriebene Sorgen gemacht hat. Der Schwager T. sagt darüber aus: „Es hielt meinem Schwager schwer, einen Ersatz für die Dienstboten zu finden und beklagte sich derselbe wiederholt bei mir und meiner Frau. Er äußerte unter anderem, man wisse nicht, was es noch geben sollte, man müsse sich noch schämen, herumzugehen und nach einer Magd zu fragen. Vorgestern gelang es nun meinem Schwager, in C.-F. eine Magd zu dingen für das kommende Jahr, wenigstens sagte er das zu mir." Auch dem Bürgermeister hat er geklagt, daß er keine Magd bekommen könne. Die Ehefrau X. hat wenige Wochen vorher zu einem Zeugen geäußert: „Wenn wir keinen Knecht und Magd jetzt kriegen, können wir unsere Sache verpachten." Offenbar war für die Eheleute der Dienstbotenwechsel eine Quelle von übertriebenen Sorgen, wobei die Frau unter dem Einfluß der Grübeleien des Mannes gestanden zu haben scheint.

Einige Wochen vor Weihnachten geschah ein an sich wenig

bedeutender Vorfall, der ihm Neckereien eintrug. Es brach nämlich der Gemeindeeber in den Keller ein und warf ein Faß mit Apfelwein um. Dieser Vorfall wurde in etwas komischer Manier in einem Zeitungsbericht behandelt, über den sich S. X. sehr geärgert haben soll.[1] Es tritt hier bei ihm ein Zug von starker Empfindlichkeit, eine lebhafte Reaktion auf geringe äußere Veranlassungen hervor, die wahrscheinlich für seine ganze Natur bezeichnend ist. Er gehörte zu den scheinbar ruhigen Naturen, die sich leicht und heftig ärgern und die man besonders mit Neckereien ganz verschonen muß. Es ist möglich, dass er in der Notiz irgendwelche Anspielungen gefunden hat, da in seiner Verwandtschaft mehrfach Alkoholismus vorgekommen ist.

Nach mehreren Aussagen glaubte S. X., seine Schweine seien nicht in Ordnung und müßten vorzeitig geschlachtet werden.

Es ist psychologisch bemerkenswert, daß bei ihm die Verstimmung über den etwas schwachsinnigen Sohn, die Sorge um die Dienstboten, der Ärger über die Geschichte mit dem Eber und die Vorstellung, seine Schweine schlachten zu müssen, zusammentreffen. Bei einem normalen Menschen könnten diese Vorstellungen nebeneinander bestehen, ohne einander wesentlich zu beeinflussen. Unter der Annahme einer stark gesteigerten Beeinflußbarkeit und Erreglichkeit, wie sie bei den psychogen Nervösen vorkommt, kann daraus ein Komplex von ärgerlicher Depression mit eine Schlachtung betreffenden Vorstellungen hervorgehen, ohne daß dieser sich zunächst in irgendeine gewalttätige Handlung umzusetzen braucht.

Nun kommt dazu der Umstand, daß das Schlafzimmer der Familie sich dicht neben dem Wohnraum befindet, in welchem die Verarbeitung des geschlachteten Tieres stattgefunden hat. Es ist anzunehmen, daß in der Wohnung ein Blutgeruch vorhanden gewesen ist, der von einem normalen Menschen wohl als ekelhaft empfunden werden kann, bei einem pathologischen jedoch möglicherweise als auslösendes Moment

[1]) Dieser verhängnisvolle Artikel lautete: Wer niemals einen Rausch gehabt, der ist kein braver Mann! So dachte auch unser Gemeindeeber, der sich folgendes Stücklein leistete, das seiner Intelligenz und seinem Geschmack ein glänzendes Zeugnis ausstellt. Er unternahm aus seiner Behausung einen Ex-Bummel und geriet auf der Hofraite des Herrn S. X. in dessen Weinkeller. Sein feines Geruchsorgan erschnüffelte ein stattliches Faß Apfelwein, dessen Inhalt er kunstgerecht zutage förderte und der ihm Anlaß bot zu bacchantischem Gelage. Der Knecht des Hauses entdeckte ihn endlich, und nur mit schwerer Mühe brachte man den schwankenden, keuchenden Gesellen wieder ans Tageslicht. Der Rausch des wüsten Schlemmers ist ein derartiger, daß seine Diensttauglichkeit auf geraume Zeit in Frage gestellt ist und man sich mit dem Gedanken vertraut zu machen beginnt, einen Ersatzmann anzuschaffen, der weniger alkoholistischen Neigungen zu frönen gesonnen ist.

für die **Assoziation von Vorstellungen blutiger Geschehnisse** wirken kann.

Wir prüfen die einzelnen Aussagen über die Vorgeschichte, besonders über des S. X. Verhalten am Tage vor der Tat.

Die Mitteilung der Bürgermeisterei in N. lautet: „S. X. war ein etwas verschlossener, nicht aus sich herausgehender Charakter. Über unliebsame Vorkommnisse (wie Krankheiten in der Familie, beim Vieh, über Viehhandel usw.) dachte er tagelang nach und war in sich gekehrt. Kurze Zeit vor der Tat, insbesondere nach dem Erscheinen des Artikels im Kreisblatt (über den Eber), wollen Leute beobachtet haben, daß er gestöhnt hat und denselben wie schwermütig vorgekommen ist.“ „X. sah in der letzten Zeit bleich und etwas zusammengefallen aus.“ Beim Schlachten am Tage vor der Tat, Mittwoch den 21. Dezember, hat er über Kopfschmerzen, Frost, überhaupt Unbehagen geklagt und nicht recht essen können. Die beiden Metzger Qu. und M. J. wollen aber Äußerungen, die nicht in die Unterhaltung gepaßt haben, nicht gehört haben, ebensowenig der Knecht und das Dienstmädchen. Der Schwager von X., D. T. dahier, ist abends von etwa 8 bis nach 9 Uhr bei ihm in der Wohnung gewesen, hat aber außer Klage über Unwohlsein nichts gehört oder sonst etwas bemerkt.“

Der Knecht L. C. hat am Abend vor der Tat mit der Familie X. an einem Tisch gesessen, ohne dass er etwas Auffallendes an S. X. bemerkt hätte. „Während des Essens wurden etwa zwei Kännchen Schnaps getrunken. Hiervon haben etwa vier Personen getrunken. X. nicht besonders viel. X. beschwerte sich beim Essen, er habe gar keinen Appetit, er sah auch unpaß aus, betrunken oder auch nur angetrunken war X. nicht. Er trank öfters Wasser. Als ich am Abend vor dem Schlafengehen die Stallschlüssel in das Wohnzimmer brachte, lag mein Dienstherr anscheinend schlafend auf dem Sofa.“

Über das **Schlachten** des Schweines ergibt sich folgendes: Der Metzger J. hat dasselbe im Hofe geschlachtet, sein Sohn hat es verarbeitet. Letzteres geschah in dem Wohnzimmer, neben welchem das Schlafzimmer lag. S. X. half dabei mit. Die Schlachtung geschieht gewöhnlich durch Schnitt in den Hals ohne vorherige Betäubung. Nur ausnahmsweise wird diese vorher durch Schlag auf den Schädel verursacht. Hier wurde das Tier vorher nicht betäubt.

Die Axt stand gewöhnlich im Holzstall, wurde zum Zerschlagen der Knochen, besonders des Schädels, verwendet und blieb dann im Wohnzimmer liegen. X. war zugegen, als der Schädel des Schweines zerschlagen wurde. Ob X. das selbst getan hat, weiß J. nicht. Es erscheint jedoch möglich, da X. bei früheren Schlachtungen es schon getan hat. Der Schweineschädel wird von unten her, von der Basis, der Länge nach aufgeschlagen. Abends um 8 Uhr war das Schwein mit Hilfe des

S. X. verarbeitet. Fleisch, Speck, Wurst usw. hing schon im oberen Stockwerk in der Speisekammer. Das Wohnzimmer war abends noch nicht aufgewaschen.

Wann weitere Schlachtungen sein sollten, war noch nicht bestimmt, doch sollte es noch vor Weihnachten, also in den nächsten drei Tagen, sein. Jedenfalls war S. X. in der Erwartung einer weiteren Schlachtung.

Da S. X. zu einem Zeugen geäußert hat, daß das Schwein krank sei, ist folgende Aussage des Metzgers J. von Interesse: Das Schwein hatte ca. 1—2 Schoppen Wasser im Leibe, doch komme dies öfter vor. Im Sommer hatte es Lungenentzündung und ging in der Ernährung etwas zurück, aber nicht sehr. Die anderen Schweine waren gesund, sollten aber bald geschlachtet werden. Nach Äußerungen des S. X. bei anderen Zeugen hat er gemeint, daß auch die anderen Schweine schlecht fräßen.

Über das Benehmen des S. X. am Tage vor der Tat sagt der Metzger aus: „S. X. half fleißig mit, benahm sich sachgemäß, klagte über Schmerzen am rechten Unterkiefer. Zu J. klagte X. nicht über Kopfschmerzen. Sein Benehmen war ganz unauffällig. Morgens schmeckte ihm der Kaffee nicht. Es wurde morgens zum Frühstück ca. 1—2 Schoppen Schnaps getrunken. S. X. trank auch ein paar Schluck mit.“

Über das sonstige Verhalten des S. X. gibt J., der viel mit ihm zu tun hatte, an: S. X. „simulierte“ öfters (Ausdruck für stilles Nachdenken und Grübeln) und war mißtrauisch, glaubte den Versicherungen des J. nicht recht. Er klagte öfters über Ohrenweh, bohrte mit Hölzchen in den Ohren.

Die Schilderung erinnert an das grüblerische und hypochondrische Wesen mancher von Schmerzen geplagten Menschen. Das Ohrenleiden hat schon seit seiner Militärzeit bestanden. — Ein Nachbar des S. X., Schneider U., der jenen seit acht Jahren kennt, sagt aus: Von Krämpfen sei bei S. X. nichts bekannt gewesen, auch nicht von Kopfweh. Manchmal scherzte S. X. mit dem U. Einmal fiel ihm der S. X. auf, als er zu ihm kam, um sich rasieren zu lassen, während er dies sonst immer selbst tat. S. X. war damals zerstreut, ließ seine Mütze in der Wohnung des U. zurück. Jedenfalls erschien er dabei gegen sonst verändert. Das war ungefähr 14 Tage vor dem Geschehnis mit dem Eber. — Frau und Kinder des S. X. hatten Eiterbläschen („Giftbläschen“) im Gesicht und den Händen. X. erbat sich von U. ungefähr 14 Tage vor der Tat ein Scherchen zum Aufschneiden der Pusteln. U. bezeichnet den S. X. nicht als launisch oder mürrisch, aber als verschlossen.

Der Schwager des X. namens T. kennt ihn seit 17 Jahren. Von Krämpfen oder Kopfschmerzen ist ihm bei X. nichts bekannt. X. war nicht immer selbständig, fragte in Dingen um Rat bei seinem Schwager,

um die dieser nicht gefragt haben würde. Er war geneigt zum Grübeln und kam darüber zu keinem Entschluß, war sich nicht klar über die Situation. Er nahm es sich sehr zu Herzen, daß er noch keine Dienstmagd bekam, es standen ihm einmal — 14 Tage vor der Tat — die Tränen in den Augen. „Man muß sich vor den Leuten schämen, wenn man keine Magd kriegt.“ Frau X. sagte einige Tage vorher zu ihrer Schwester: sie müsse stets an ihm, dem Manne, trösten, damit er nicht „schlecht“ (= trübsinnig) würde über die Angelegenheiten der Dienstboten. Am 20. Dezember mietete er eine Magd. Nun hatte er aber noch keinen Knecht. Doch schien ihm dies nicht so nahe zu gehen. So unentschlossen S. X. zu manchen Dingen war, so eigensinnig war er in anderen. Im Jahre 1891 verkaufte er ein Stück Wald trotz eifrigen Abratens seines Schwiegervaters und Schwagers sehr unvorteilhaft. Er sagte damals: „Und wenn Ihr alle es nicht haben wollt, dann wird es doch verkauft.“ Ferner zeigte er sich sonderbar hartnäckig in dem Verlangen, daß sein Bruder K. eine zweite Ehe eingehen sollte. Ein periodischer Wechsel dieser widersprechenden Züge von Beeinflußbarkeit und Unselbständigkeit mit Halsstarrigkeit läßt sich nicht bestimmt ermitteln.

Der von J. angegebene Zug des Mißtrauens wird von dem Schwager bestätigt. Nach dessen Meinung hing seine Unentschlossenheit wohl mit dem Mißtrauen zusammen, da er nie recht glaubte, daß ihm die Leute, mit denen er verhandelte, die Wahrheit sagten. Recht froh und ausgelassen wie andere Menschen konnte er nicht sein. Er schlief schlecht, von lebhaften Träumen ist nichts bekannt.

Der Sohn B. soll einen Herzfehler gehabt haben und öfters krank gewesen sein. Das ging dem S. X. sehr zu Herzen; er meinte, der Sohn habe Lungenschwindsucht. Sein eigner Bruder war an dieser Krankheit gestorben.

Er hatte Angst vor einem Manne namens C. aus dem Ort, der infolge seines Zeugnisses zu einer Geldstrafe verurteilt war. Der Schwager ging am 21. Dezember abends zwischen 7 und 8 Uhr zu S. X. und fand ihn auf dem Sofa, angekleidet, schlafend liegend. Eines seiner Mädchen weckte ihn. „Während meiner Anwesenheit war X. völlig nüchtern, ich habe nichts von Betrunkenheit an ihm bemerkt. Während meiner Anwesenheit wurden keinerlei geistige Getränke getrunken. X. ließ sich von seiner Frau ein Tasse Milch geben.“ „Es war dann später noch davon die Rede, daß mein Schwager, da seine Schweine nicht recht fressen wollten, in einigen Tagen wieder schlachten wolle.“ Herr F. kennt S. X. seit acht Jahren. Er bestätigt dessen mißtrauisches und eigensinniges Wesen. So ließ S. X. gegen den Rat, sich einen Blitzableiter von einem Sachverständigen in B. machen zu lassen, diesen von einem anderen, weniger dazu fähigen herstellen. Der Zeuge hält

den S. X. für einen ganz beschränkten Menschen. „Er sprach sehr langweilig und langsam.“ Bei der Versteigerung habe man sich gewundert, wie schlecht seine sämtlichen Sachen imstande waren. Die Kinder seien alle sehr dumm gewesen. Der Älteste hatte ein blödes, sonderbares Lachen an sich, zeigte einen eigentümlichen, gespreizten Gang und sah daher aus wie ein Idiot. Diese Aussage eines gebildeten Mannes erscheint, wenn man die weitgehende Toleranz in Betracht zieht, mit der vor Gericht oft ländliche Zeugen unzweifelhaft idiotische Menschen als vollsinnig bezeichnen, von Bedeutung. Aus den letzten Tagen vor der Tat bezeichnet der Zeuge es als auffallend, das S. X. am Abend vor dieser Frau und Sohn nach Nieder-H. bestellte und sie ermahnte, nicht davon zu sprechen.

Der Nachbar Qu. G. kennt den S. X. schon von Jugend auf. Von Krämpfen ist dem G. nichts bekannt. X. war ein kräftiges Kind, klagte aber öfter über Kopfweh. In der Schule war er gut. S. X. war verträglich, gegen das Gesinde ganz gut, nur soll er manchmal „losgebranst“ haben. Er hat sich manchmal in der Gesellschaft geärgert, brach aber nie los.

Dem Einnehmer C., der den S. X. seit seinem 19. Jahre kennt, ist von Krämpfen nichts bekannt. S. X. lernte in der Schule gut, spielte mit den Kindern. So recht munter wie diese war er nicht. Er war sehr eigensinnig, nicht besonders reizbar, aber verschlossen, mürrisch, mißtrauisch, „ging von hinten her auf eine Sache los“. Von Kopfweh und periodischen Störungen ist nichts bekannt. Der Vater Qu. X., obgleich als Trinker bekannt, gab nicht zu, es zu sein. „Wie mag's den Leuten am anderen Morgen sein, die am Abend viel getrunken haben.“ Er war gescheit, gebildet, wußte Geschichte, hatte das Rektorat in P. besucht.

Die Frau des Qu. X., geb. L., war eigen, peinlich in der Wäsche, die kleinste Kleinigkeit mußte gleich zum Schneider. Verdrehte viel die Augen beim Sprechen, schlief viel, auch in der Kirche, bei der Unterhaltung. In der Spinnstube drehte sie den anderen Spinnerinnen den Rücken zu. In ihrer Familie sind keine Störungen bekannt.

Über die Herkunft des Revolvers wurde noch folgendes festgestellt. Wann und wo S. X. den Revolver gekauft hat, ist nicht zu ermitteln. Derselbe war verrostet und dürfte schon längere Zeit in seinem Besitze gewesen sein. In der Woche vom 28. November bis 3. Dezember hat X. bei Schlosser L. in J. aus einem Revolver drei abgeschossene Patronenhülsen, deren Stifte etwas eingeklemmt waren, entfernen lassen. S. X. soll dabei wenig gesprochen haben und L. und seine Frau sollen bemerkt haben, daß er verschlossen und in sich gekehrt gewesen sei. S. X. hat also hier einen wahrscheinlich längst in seinem Besitz befindlichen und abgeschossene Patronen enthaltenden

Revolver instand setzen lassen, wobei sein Benehmen etwas auffallend erschien. Es ist möglich, daß er schon damals mit Selbstmordideen umging.

In dieser Beziehung ist eine Aussage der Magd von Interesse. „Vor einiger Zeit, ich meine, es sei der 13. des Monats gewesen, war in der Familie des X. die Rede davon, daß ein Forstaufseher namens S. von hier sich gehängt habe, welches Gerücht übrigens falsch war. Während dieses Gespräches ging mein Dienstherr ins Schlafzimmer, machte die Tür bei. Ich hörte nun, wie er eine Schublade aufzog und zweimal ‚knappte'. Ob dies von einem Revolver herrührte, weiß ich nicht, wüßte aber nicht, was es anders gewesen sein sollte. Einen Revolver hatte ich nie bei ihm gesehen. S. X. schob wieder die Schublade zu und kam wieder aus dem Schlafzimmer heraus.“ Gemeint ist der gleiche Schreibtisch, an dem sich X. am 22. Dezember nach Tötung der Familie erschossen hat.

Außer den dargestellten Momenten hat sich nicht das mindeste ermitteln lassen, was zu einer Erklärung der Tat dienen könnte. Jene reichen bei einem normalen Menschen zweifellos nicht aus, um die Handlungen begreiflich zu machen.

Nur wenn man annimmt, daß bei X. die genannten Stimmungs- und Vorstellungselemente eine enorme Heftigkeit unter Ausschaltung aller Gegenvorstellungen und Hemmungen erlangt haben, wie dies klinisch besonders bei sog. hystero-epileptischen Menschen der Fall sein kann, ist das entsetzliche Ereignis unter den dargestellten Voraussetzungen psychiatrisch begreiflich.

Ich verstehe hierbei unter hystero-epileptisch die Verbindung von epileptischen Symptomen mit starker Beeinflußbarkeit, wie sie sich bei der psychogenen Neurose findet, unter der Voraussetzung, daß das epileptische Moment oft nur in Form einer enormen motorischen Erreglichkeit ohne typische Krampfanfälle in Erscheinung tritt. Die Handlung des X. kann daher unter den gegebenen Voraussetzungen nur so erklärt werden, daß er pathologisch, und zwar insonderheit hystero-epileptisch veranlagt war und auf dieser Grundlage an einem Depressionszustand litt, der unter der Einwirkung bestimmter äußerer Momente in dieser Handlung gewissermaßen zur Explosion kam.

Was Trunksucht betrifft, ließ sich folgendes ermitteln. Öffentlich getrunken hat S. X. nicht, jedoch ist nicht ausgeschlossen, daß er zu Hause öfters Schnaps zu sich genommen hat, wie auch am Tag der Schlachtung. Sein Vater Qu. X. aus Ober-P. war als Trinker bekannt. Er soll schon als junger Bursche zusammen mit einem anderen viel getrunken haben. Später hat er zu Hause getrunken. Sein Bruder S. X., also der Onkel des Täters S. X., hat sich durch Trinken ruiniert.

Derselbe war einmal so berauscht, daß er vor die Gäule fiel. Der Gegenvormund der F. X., K. X. von Ober-P., der Neffe des Qu. X. soll auch trinken.

Es erscheint also erwiesen, daß die Trunksucht in der Familie bei ganz getrennt lebenden Angehörigen derselben herrscht, was auf erbliche Anlage deutet, in dem Sinne, daß ein angeborener psychopathischer Zug mehrere in gleicher Weise zur Trunksucht führt.

Die Bürgermeisterei N. gibt folgendes an: „Der Großvater und Vater des S. X. waren Trinker. Letzterer trank im geheimen und war in dem Glauben befangen, andere wüßten nicht, daß er dem Laster fröhne. Er war gegen seine Familienangehörigen ein zorniger, harter Mann. Gegen andere war er zuvorkommend und gefällig. Er besaß Kenntnisse und stand seiner Landwirtschaft richtig vor. Zwischen ihm und seiner Frau bestand ein merkwürdiges Verhältnis. Beim Aneinandervorbeigehen sahen sich dieselben niemals an, auch wurden Unterhaltungen zwischen ihnen niemals wahrgenommen. Durch einen Tritt an den Unterleib hatte er die Frau schwer verletzt und ist dieselbe an einer Kotfistel in der chirurgischen Klinik zu H. gestorben.

Über die Familie der Mutter des S. X., geb. L., läßt sich folgendes ermitteln. Sie wurde am 24. August 1834 als Tochter von K. L. geboren, der am 4. Mai 1798 in N. geboren war. Dessen Frau war F. Y. von Ober-H. (I. Reihe der Vorfahren). Der Vater von K. L. war Qu. L. aus P. und wurde 1796 mit L. F. hier getraut (zur II. Reihe der Vorfahren). Der Vater des Qu. L. war K. E. L. in P. (zur III. Reihe der Vorfahren).

Weder bei diesen noch bei anderen Blutsverwandten der Mutter des S. X. ist etwas von Geistesstörung bekannt. Eine umfangreiche Forschung ist durch die Häufigkeit des Namens erschwert.

Somit kommen wir bei X. zu der Annahme einer bestimmt charakterisierbaren nervös-psychopathischen Anlage, die wahrscheinlich aus der väterlichen Familie stammt und zu genaueren Forschungen über diese anregte. Dabei handelte es sich nicht nur um die allgemeine Frage der erblichen Belastung, sondern um die eventuelle Erkennung der besonderen Art derselben, da wir bei der Erklärung der Handlung auf eine ganz bestimmte Form von Störung gelangt sind.

### III. Familienforschung.

Die umfangreichen Forschungen in dieser Beziehung sind mir durch die Autorisierung von seiten der Ministerialabteilung sehr erleichtert und durch die bereitwillige Auskunft einer Anzahl von Behörden gefördert worden.

Dabei verfolgte ich folgenden Plan, nämlich:

1. den Stammbaum des X. möglichst weit in gerader Linie zurückzuverfolgen;
2. das Vorkommen des Namens X. sowie ev. psychopathologischer Personen gleichen Namens in einem größeren Umkreis festzustellen und die Verbreitungsbezirke zu vergleichen sowie die eventuelle Zusammengehörigkeit untereinander und mit dem vorliegenden Falle zu prüfen.

Während die erste Aufgabe der üblichen Art der Untersuchung entspricht, wenn auch die Länge der ermittelten Vorväterreihe sicherlich über den gewöhnlichen Umfang der klinischen Ermittelungen weit hinausgeht, so enthält die zweite eine methodische Erweiterung prinzipieller Art, indem versucht wurde, nach der Analogie z. B. von bestimmten Pflanzenarten die qualitative Beschaffenheit und die Verbreitung einer Familie genauer zu betrachten. Allerdings sind die praktischen Schwierigkeiten eines solchen Unternehmens außerordentlich groß und erfordern ein erhebliches Maß von Arbeit, Geduld und Zurückhaltung bei der Verwertung des Beobachtungsmaterials.

Wir gehen nun zunächst auf die den ersten Punkt betreffenden Ermittelungen ein.

Über den Vater des X. lassen sich bestimmte Züge ermitteln, die zu der Art der Handlung des S. X. deutliche Beziehungen aufweisen, wenn sie auch graduell von dieser sehr verschieden sind. Derselbe war sehr reizbar, jähzornig, hat nach Mitteilung der Bürgermeisterei seiner Frau mit dem Fuß gegen den Unterleib getreten, so daß sie an einer Kotfistel starb. Hier tritt deutlich der brutale Zug hervor, der sich bei epileptisch Erreglichen besonders unter dem Einfluß des oft hinzutretenden Alkoholismus so häufig findet. Dieser Erfahrung entsprechend war der Vater X. als Alkoholist bekannt, wenn er auch das Trinken weniger im Wirtshause als vielmehr im Hause trieb, wo er stets ein Fäßchen mit Branntwein stehen hatte.

Über die Vorfahren wurde von der Bürgermeisterei in N. folgendes angegeben: Der Vater des S. X., namens Qu. X., ist im Jahre 1828 in Ober-P. bei J. geboren und hat im Jahre 1856 nach N. geheiratet. Der Großvater, K. X., ist im Jahre 1803 zu Ober-P. und der Urgroßvater K. H. X. ist 1762 zu L. bei Nl. geboren und hat im Jahre 1800 nach Ober-P. geheiratet. Demnach ist die Familie X. aus der Gegend von Nl. bei H. seit der Mitte des achtzehnten Jahrhunderts allmählich nach N. gekommen. Bezeichnet man die Heimatsorte dieser Vorfahren auf der Karte, so stellt sich die Tatsache heraus, daß die Familie im Laufe von ca. 150 Jahren von einem Ort am Fuße des Vogelsberges sich allmählich nach Norden ausgebreitet hat.

Ich suchte nun den Familienzusammenhang von dem in L. bei N. gewonnenen Ausgangspunkt an weiter rückwärts zu verfolgen.

Die Auskunft des Pfarramtes in Nl. lautet: „Am 29. November 1760 ist ein K. H. X. in L. bei Nl. geboren, als dessen Vorfahren bis zum Beginn der Kirchenbücher (1634) ermittelt wurden: K. L. X., K. J. X., K. X. Nachkommen dieser Familie leben in L. bei Nl. nicht mehr, wohl aber in Ober-P. und N. (dem Wohnort des S. X.). Auch in L. geht die Überlieferung, daß die Familie aus der Wetterau stamme. Die Einwanderung muß aber dann vor 1634 erfolgt sein."

Es erweist sich also die Angabe, daß die Vorfahren des S. X. aus L. bei Nl. stammen, als richtig. Von dem ersten K. X. um 1634 bis zu dem 1760 geborenen K. L. X. sind vier, von diesem bis zu dem S. X. in N. (dem Täter) weitere drei Generationen. Als Ausgangspunkt ist L. bei Nl. (nahe der Stadt H.) ermittelt nebst der Überlieferung, daß die Familie ursprünglich aus der Wetterau stammt.

Hier knüpft nun die zweite von mir gewählte Methode an, die bezweckt die Verbreitung des Namens, das Vorkommen pathologischer Mitglieder und die eventuellen Familienzusammenhänge klarzustellen. Ich ermittelte zunächst aus den mir zugänglichen Adreßbüchern der oberhessischen Kreise von G. und F. für jeden Ort die Zahl der zurzeit lebenden Personen mit dem Namen X. und fand dabei eine ganz eigentümliche Verteilung, indem an vielen Orten der Name völlig fehlt, während er in anderen in einer Häufigkeit vorkommt, die zu der Bevölkerungszahl in keinem Verhältnis steht. Dies entspricht zunächst der bekannten Tatsache, daß in Dörfern oft eine außerordentliche Häufung eines Familiennamens durch die Nachkommen einer Familie stattfindet, die sich oft schon nach wenigen Generationen nicht mehr als Verwandte kennen, während sie es tatsächlich sind.

Nun stellt sich ferner bei Untersuchung des größeren Territoriums von Oberhessen heraus, daß die Orte mit Personen des Namens X. eine ganz eigenartige Verbreitung aufweisen, indem in einigen Orten der Wetterau die X. Nester bilden, während der Name in anderen Gegenden gar nicht oder nur sporadisch vorkommt. Besonders fehlt derselbe im östlichen und nördlichen Teil des Kreises G., abgesehen von den Orten nahe der aus der Wetterau nach Norden ziehenden alten Straße, völlig. Es ist erkennbar, daß von dem Zentrum in der Wetterau gewissermaßen Strahlen ausgehen, die den Hauptverkehrswegen einerseits nach G., andererseits über den Abhang des Vogelsberges auf der alten Verkehrsstraße über H. nach M. folgen und hierbei gerade auf die Gegend weisen, aus welcher die Voreltern des S. X. tatsächlich stammen, da L. bei Nl. nahe von H. liegt. Man erhält völlig den Eindruck, den die allmähliche territoriale Ausbreitung einer Pflanzenart oder die allmähliche Verschleppung einer Infektionskrankheit macht, wobei

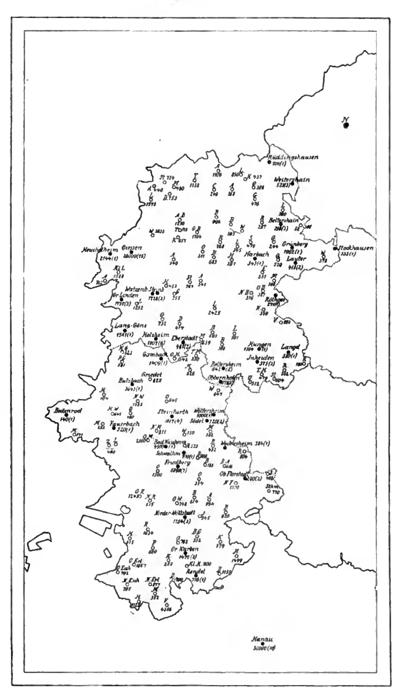

Giessen
Grünberg
Lauter
Harbach
Röthges
Lang-Göns
Holzheim
Eberstadt
Langd
Inheiden
Bellersheim
Butzbach
Steinfurth
Bad Nauheim
Friedberg
Rendel
Hanau

Fig. 2.

ebenfalls Verkehrswege eine entscheidende Rolle spielen (vgl. den Plan Figur 2)[1]).

Es läßt sich nun zwar der verwandtschaftlich-geschichtliche Zusammenhang der aus L. bei Nl. stammenden Familie X. mit der in der Wetterau gehäuft auftretenden Familie gleichen Namens **nicht bestimmt** nachweisen, andererseits bieten diese Ermittelungen anscheinend eine Bestätigung der Überlieferung, daß die Familie aus der **Wetterau** stammt.

Es fragt sich nun, was sich über **psychopathische** Träger des gleichen Namens sonst ermitteln läßt und ob eine verwandtschaftliche Beziehung derselben zu der Gruppe von X. in der Wetterau vorhanden ist. Zu diesem Zweck machte ich eine Umfrage bei den Anstalten, in denen nach der Verbreitung des Namens ev. geistig Erkrankte Aufnahme gefunden haben könnten, nämlich bei den zugehörigen Irrenanstalten und bei der Oberhessen benachbarten außerhessischen Anstalt in N. Das Resultat dieser Umfrage war ein sehr bemerkenswertes, da sich herausstellte, daß eine relativ beträchtliche Zahl der geisteskranken Träger des Namens X. aus der **Wetterau** stammt. Und zwar ist die Zahl dieser viel größer, als sie nach dem allgemeinen Prozentsatz von Geisteskranken im Verhältnis zu Geistesgesunden (vier pro Mille) zu erwarten wäre.

Im Philippshospital sind in der Zeit von 1884 bis 1904 außer einer Frau X. von Fb. keine Träger des Namens aus Oberhessen aufgenommen worden.

In J. befanden sich folgende oberhessische Personen dieses Namens:

1. L. X. geborene X. aus F., geboren zu F.
2. H. X. aus Groß-L., geboren zu Groß-L.
3. M. X. aus Groß-L., geboren zu Groß-L.
4. J. X. aus Nieder-X., geboren zu S.

Sämtliche vier Fälle sind also aus der **Wetterau**.

In der Irrenanstalt in N. befanden sich folgende Kranke dieses Namens:

1. L. X., Schuhmacher, geboren 29. September 1863 in P., Kreis F. (früher Hessen-Kassel).
2. J. X. (ledig), geboren 15. Mai 1844 in Frankfurt am Main.
3. Adam X., Kaufmann (zur Beobachtung), geboren 21. Juli 1870 in F., Kreis X. (früher Hessen-Kassel).

In dieser Anstalt, deren Territorium bis nach Kassel geht, sind nur drei Fälle mit diesem Namen aufgenommen worden, die sich ohne

---

[1]) Die dunklen Kreise deuten die Orte an, in denen sich selbständige Personen mit Namen X befinden. Die größere Zahl deutet die Einwohner an, die kleinere (eingeklammerte) die Zahl der Personen mit Namen X.

erkennbare Häufnng auf dieses große Gebiet verteilen, keinesfalls eine Häufung an der dem Ort N. benachbarten Südgrenze des Gebietes zeigen.

Das wesentliche Ergebnis ist also die relative Häufung psychopathischer Fälle mit Namen X. in der Wetterau in Übereinstimmung mit der Verbreitung des Namens.

Außer diesen Ermittelungen prüfte ich nun besonders die Aufnahmelisten der 1896 eröffneten psychiatrischen Klinik zu Gießen mit Bezug auf die Familie X.

Während ich mitten in diesen Untersuchungen war, trat am 11. Mai 1904 ein junger Mann mit Namen X. in die Klinik ein, dessen Zustand von vornherein mein größtes Interesse erweckte, da er diejenigen psychopathischen Züge zeigte, welche ich zur Erklärung der Handlung des S. X. im wesentlichen brauchte, wenn auch hier eine gegen das Wohl anderer gerichtete Kriminalität nicht hervorgetreten ist. Die Übereinstimmung mit den bei S. X. angenommenen Momenten liegt nur in den psychopathischen Grundzügen, nämlich in folgenden Symptomen: Gemütsdepression mit hypochondrischen Zügen, Beeinflußbarkeit, heftige Reizbarkeit.

Ich gebe nun zunächst die Krankengeschichte des jungen X.: S. X., Kaufmann aus F., geboren 22. Dezember 1881, aufgenommen am 11. Mai 1904 in die psychiatrische Klinik in Gießen.

Angaben des Vaters: Er selbst habe vor seiner Militärzeit an Herzklopfen gelitten; eine der Schwestern des S. X. sei etwas nervös und leide ebenfalls in mäßigem Grade an Herzklopfen. Patient habe sich normal entwickelt. Gute Zeugnisse.

Seit ca. drei Wochen betrachtet er sich oft eingehend, besieht genau die Hände. Steht nachts auf und kommt ängstlich zum Vater, klagt, es sei ihm schwer auf der Brust.

Klagen des Kranken bei der Aufnahme: Beginn der Krankheit vor einem Jahr mit Wühlen im Unterleib, starken Blähungen, Bohren im After. Die Untersuchung in der medizinischen Klinik ergab, daß er „nervös“ sei. Seit ca. einem Monat Herzklopfen, besonders nachts, Schwächegefühl, Schwere im Kopf. Nachts, wenn er aufwache, Empfindungen, es sei alles ganz schwarz, Angst, es sei „alle“ mit ihm.

Bei der Aufnahme schnell wieder verschwindende Tränensekretion, schläft im Schlafsaal, da er das Alleinsein zu vermeiden wünscht. Körperlicher Befund: etwas blasse Hautfarbe, vasomotorische Rötung der Ohren. Pulsfrequenz 52 (vgl. später, Angstsymptom?) Patellarreflexe gesteigert. Kein Fußklonus. Tremor der Finger im geringen Maße vorhanden. Bestreichen der Haut ergibt schwaches vasomotorisches Nachröten.

S. X. gibt an, er habe im Oktober 1903 Gonorrhoe acquiriert. Drohungen seitens des Mädchens mit Alimentenklage haben ihn stark

beängstigt, er habe sich kaum noch auf die Straße getraut. Weiß nicht, ob jene überhaupt schwanger geworden. In der Klinik beruhigendes Gefühl der Sicherheit.

Der Verlauf läßt sich im wesentlichen dahin zusammenfassen, daß X. bald nach dem Eintritte in die Klinik angab, seine Beschwerden hätten sich um einen Teil verringert, eine Anzahl derselben bestünde aber noch. Es wird unter anderem genannt: Spannungsgefühl im Kopfe, das Blut schießt nach dem Kopfe oder nach dem Herzen, der Kopf ist schwindlig, Druck auf der Brust, Mattigkeitsgefühl, Gefühl schneller Ermüdbarkeit. Von diesen Klagen werden fast stets einige angeführt. Dabei fällt auf, daß entsprechende Ausdrucksbewegungen nicht deutlich hervortreten. Patient zählt oft mit lächelnder Miene einige der Beschwerden her; sehr oft gar keine vasomotorischen Erregungen dabei wahrnehmbar. Der Puls 72 bis 80, die Atmung nicht beschleunigt, die Stimme nicht aufgeregt, nicht zitternd, keine lebhafte Gestikulation. Kaum vorhandener Tremor der Finger; mimische Muskulatur zeigt die Ausdrucksbewegungen der Angst *nicht*, nur die des *Grübelns*. Trotzdem hat er in seinem Benehmen etwas Ängstliches, Hilfesuchendes. Nicht selten macht die Herzählung der Beschwerden den Eindruck des *Stereotypen*.

Mitte August sprach er sich dahin aus, daß ihm der Gedanke in der Klinik zu bleiben, vorläufig ohne Beschränkung der Dauer, sehr beruhigend sei, er möchte noch nicht nach Hause, nicht in den Beruf, und zwar obwohl die Alimentenangelegenheit erledigt ist in dem Sinne, daß die Bedingungen zur Alimentenklage überhaupt nicht vorliegen; auch beschäftigte ihn innerlich die Angelegenheit nicht mehr. Hier sei er hoffnungsfreudig und erwarte bestimmt, daß er genesen werde.

Im September arbeitet er auf dem außerhalb des Gartens gelegenen Grundstücke. Gibt an, daß es ihn etwas *ängstlich* gemacht hätte, als er zum ersten Male die eigentliche Umgrenzung des klinischen Gebietes verlassen habe.

Bemerkenswert ist die *zeitweilige Steigerung der nervösen Reizerscheinungen*, z. B. zeigte X. im September *gesteigerte Patellarreflexe*, kurzen *Fußklonus*, lebhaftes vasomotorisches Nachröten. Dabei geringer Tremor der Finger. Keine bedeutendere Puls- und Atembeschleunigung.

Die genauere psychophysische Untersuchung ergab: bei den akutisch-motorischen Reaktionen: lange Reaktion (Zeit ca. 350 $\sigma$) mit umfangreichen Streuungen. (Im ganzen 70 Versuche.) Bei den Assoziationsversuchen teilweise sehr lange Reaktionszeiten, bis zu 50"; im Laufe einer längeren Übung stark steigende Zunahme der Reaktionszeiten. Ranschburgsche Wortpaarmethode ergibt auch bei längerer Übung große Schwankungen.

Bei Diktaten von je 400 Wörtern keine Verschlechterung in der Dauer des Ablaufes der Arbeit (1 Silbe durchschnittlich = 1,5 bis 2"). Dabei nicht selten geäußerte Klagen über rasch eintretende *Ermüdung*.

Es tritt also hervor ein *ängstlich-hypochondrischer Zug*, *nervöse Schmerzen und Parästhesien*, zeitweilig stärkere *Reizerscheinungen*, starke Einwirkung des Zustandes auf sein ganzes Verhalten, *anfallsartige* Verschlechterungen. Es liegt demnach bei dem jungen X. ein Symptomenkomplex vor, wie er in wesentlich gleicher Weise bei dem S. X. angenommen werden mußte, um seine Handlung psychiatrisch zu erklären.

Bei dieser Sachlage war ich sehr gespannt, den *Stammbaum* des jungen X. zu ermitteln, besonders da ich bei der Auffassung des Zustandes mich prüfen mußte, ob ich nicht im Hinblick auf die mich lebhaft beschäftigende Untersuchung des Falles S. X. einer Autosuggestion aus dem Wunsche der Erklärung unterlegen sei.

Es hat sich nun aber die bei der geschilderten Sachlage entscheidende Tatsache herausgestellt, daß die Vorfahren des jungen X. tatsächlich aus demselben sehr kleinen Orte, nämlich L. bei Nl., stammten, in welchem die Vorfahren des S. X. bis vor vier Generationen gelebt haben!

Der Vater des jungen X. lebt in F. Dessen Vater K. X. war pensionierter Grenzaufseher in C. und aus Nl. bei H. gebürtig. Ein Bruder von diesem Großvater des X. war in L. bei Nl., hieß B. X. Dessen Sohn war Feldwebel in F. Die Vorfahren des jungen X. haben also noch vor zwei Generationen in dem kleinen Ort L. bei Nl. gewohnt und sind Nachkommen des gleichen Mannes, der im Jahre 1760 in L. bei Nl. geboren wurde und von dem der S. X in gerader Linie abstammt. Es stellt sich also heraus, daß S. X. und der junge S. X. ungefähr in der vierten Generation von dem gleichen Manne dieses Namens abstammen. Es liegt demnach offenbar *bei beiden eine bestimmte Art hereditärer Belastung von hystero-epileptischem Typus* vor, die bei beiden zu *Gemütsdepression* mit *hypochondrischen Zügen*, starker *Beeinflußbarkeit* und starker *Erreglichkeit* geführt hat.

Es erscheint demnach die klinische Beobachtung des jungen X. indirekt als eine weitere Bestätigung der oben aus der Vorgeschichte geschlossenen Annahme der Entstehung der *Tat* des S. X. aus einem *Anfall von hystero-epileptischer Geistesstörung*.

Nachdem durch die vorstehende Untersuchung meine Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Form erblicher Belastung in der Familie X. gelenkt war, ist mir eine weitere Familie gleichen Namens zur Kenntnis gekommen, die in der Art der psychopathischen Belastung und darans entspringenden Geschehnisse lebhaft an die Familientragödie in N. erinnert. Ich verdanke die erste Mitteilung davon Herrn Dr. *Dannenberger*,

Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik in Gießen, der auf meine Anregung schon Nachforschungen über X. in N. mit großer Sorgfalt vorgenommen hatte. Derselbe teilte mir folgende in neuerer Zeit aufgenommenen Notizen über die Nachkommen des in J. in der Provinz Starkenburg verstorbenen Aufsehers B. X. mit. J. liegt in dem nördlichsten Teil der Provinz Starkenburg in der Nähe von Frankfurt, d. h. in einer Gegend, die zu der Wetteran die nächsten Beziehungen hat. In dem nahen Hanau mit einer Bevölkerungszahl von ca. 25 000 Einwohnern befinden sich zurzeit 10 Personen mit Namen X. Es schien also ein verwandtschaftlicher Zusammenhang mit der Wetteraner Familie denkbar. Unterdessen ist ermittelt, daß der betreffende B. X. aus der nächsten Nähe von F., der Heimat des jungen S. X., stammt, so daß der Familienzusammenhang fast sicher ist.

Dieser Stammbaum hat nun wegen der darin vorhandenen psychopathischen Züge für uns lebhaftes Interesse.

Der B. X. war nach den erhaltenen Schilderungen ein heller Kopf, aber allem Anschein nach sehr aufgeregt. Man erzählt, er sei, als er einmal Untreue seiner Frau vermutete, in größter Aufregung im Hemd im Hofe herumgelaufen. Von den sieben Kindern des Mannes haben drei Selbstmord begangen, eines vorher einen Mordversuch am Vater (durch Vergiftung mit Strychnin, dann Selbstmord), zwei andere sind geisteskrank geworden. Von den übrigen zwei ist eins an Operation gestorben, kann daher nicht in Betracht gezogen werden, das andere wird als sehr aufgeregt bezeichnet. Von den Nachkommen der einen Tochter F., verheiratete H., ist eine Tochter „sehr nervös", ein Sohn wird als Lump bezeichnet.

Faßt man die in dieser Reihe gegebenen psychopathischen und kriminellen Momente zusammen, so ergibt sich ein der Tat des S. X. völlig entsprechendes Bild.

Dabei ist ein Familienzusammenhang noch nicht sicher nachgewiesen. Würde sich die Annahme der Verwandtschaft bestätigen, so wäre im Grunde nichts anderes erwiesen, als was schon durch die vergleichende Untersuchung des S. X. und des jungen S. X. klargestellt ist, nämlich eine schwere psychopathische Belastung der Familie in hystero-epileptischer Art mit Neigung zu Gemütsverstimmung. Jedenfalls habe ich nach den vorstehenden Untersuchungen die Überzeugung gewonnen, daß S. X. an einem Depressionszustande auf hystero-epileptischer Grundlage gelitten hat und seine Tat in einem Anfall von Geistesstörung dieser Art begangen hat.

Neben dem oben geschilderten sind mir noch zwei tragische Fälle dieser Art bekannt, bei denen ich durch die Analyse der mir zugänglichen Momente zu der gleichen diagnostischen Auffassung geführt worden bin.

---

II.

# Nachweis der Simulation von Taubstummheit durch Schreckwirkung auf akustische Reize.

Von Oberarzt **Dr. v. Leupoldt**, Gießen.

---

In dem Kapitel „Wahrnehmung und Auffassungfähigkeit“ des Lehrbuches der psychopathologischen Untersuchungsmethoden bespricht Sommer — S. 169 u. ff. — die Möglichkeit, objektive Kriterien für innere Zustände zu erhalten und empfiehlt, „unter Verzicht auf die fehlerhafte Selbstbeobachtung die motorischen Begleiterscheinungen von Wahrnehmungen und Empfindungen in vergleichbarer und meßbarer Weise darzustellen“. „Um einen Ausgangspunkt für diese Untersuchungen zu gewinnen, habe ich die motorische Äußerung einer Art von Wahrnehmungen zu untersuchen begonnen, welche bei bestimmten nervösen Zuständen eine große Rolle spielen, nämlich die schreckhaften Bewegungen, die bei manchen Personen als Reaktion auf plötzliche Schallreize auftreten. Es handelt sich um das in unsern Krankengeschichten meist als Schreckhaftigkeit bezeichnete Symptom, bei welchem schon für die einfache klinische Erfahrung motorische Kriterien einer abnorm lebhaften und mit Angst verknüpften Perzeption vorhanden sind.“

Die Resultate der diesbezüglichen Versuche registrierte Sommer mit Hilfe eines Apparates zur dreidimensionalen Analyse der Bewegungen an den Händen.[1]) Die Versuche geschahen in der Weise, daß, während die Zitterbewegungen der Hand in ihren drei Raumkomponenten aufgezeichnet wurden, ein kurzer, scharfer akustischer Reiz gesetzt wurde, der im Fallen der Kugel eines Fallapparates oder in einem Klingelsignal bestand. Dieser Reiz hatte bei einer Anzahl von Personen eine unwillkürliche motorische Reaktion zur Folge, welche sich in den Kurven deutlich durch Veränderungen der einzelnen Ausschläge zu erkennen gab.[2])

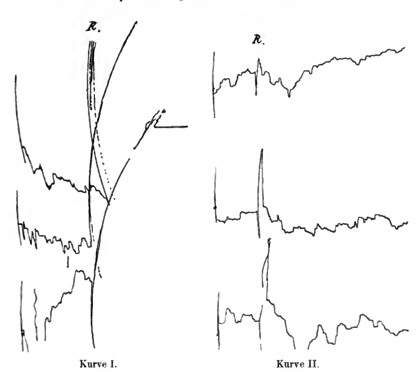
---

[1]) L. c. S. 96. Diagnostik der Geisteskrankheiten. 2. Auflage. Kap. Untersuchung der Muskelzustände.

[2]) Untersuchungsmethoden Fig. 82 a und b.

Die folgenden drei Kurven mögen diesen Versuch zunächst weiter demonstrieren.

Nr. I gehört einem Kranken an, welcher mit sehr stark ausgeprägten neurasthenischen Erscheinungen behaftet war und unter dessen subjektiven Angaben große Reizbarkeit gegenüber geringen Geräuschen sowie überhaupt starke Schreckhaftigkeit eine bedeutende Rolle spielte. Der Befund entsprach diesen Angaben vollkommen, indem alle drei Hebel durch die Reaktion auf den Reiz — bei R — aus der bisher eingehaltenen Bahn hinausgeschleudert wurden. Die Bewegung war so heftig, daß sie auch makroskopisch wahrgenommen werden konnte.




Kurve I. Kurve II.

Kurve II zeigt, entsprechend der Stelle, an welcher der Reiz markiert ist, ebenfalls beträchtliche Ausschläge, besonders innerhalb der Druck- und seitlichen Schwankungen. Sie rührt von einem Kranken her, der klinisch nur geringe nervöse Reizerscheinungen bot und dessen Selbstbeobachtung von Schreckhaftigkeit nichts berichtete, der jedoch im Beginne einer Paralyse stand.

Die Kurve III stammt von einem normalen jungen Manne. Die Reaktion ist hier im Verhältnis zu den beiden vorhergehenden sehr gering, aber doch deutlich zu erkennen.

Die sehr verschiedene Größe der einzelnen Ausschläge, welche hier auf den gleichen akustischen Reiz hin erfolgt sind, zeigt, wie wichtig es ist, in diesen Dingen durch objektive Fixation die Möglichkeit exakten Vergleichens zu besitzen. Das Maß, welches in diesem Falle zur Beurteilung der inneren Vorgänge dient, ist lediglich aus motorischen unwillkürlichen Begleiterscheinungen gewonnen, in voller Unabhängigkeit von den subjektiven Wahrnehmungen und Angaben der Versuchspersonen.

Ein vierter Fall wird nun zeigen, von wie großer praktischer Bedeutung die Methode in klinischer Beziehung sein kann.

R.

Kurve III.

C. M., 25 Jahre alt, wurde am 16. 2. 1905 von der Ohrenklinik geschickt mit der Angabe, daß er Ende 1904 plötzlich das Gehör verloren hatte und damals 14 Tage erfolglos behandelt worden war. Vor kurzem sei er auch der Sprache verlustig gegangen. Im Jahre 1903 war er in der medizinischen Klinik wegen traumatischer Neurose behandelt worden, da er angegeben hatte, infolge eines 5 Monate zuvor durch Hufschlag gegen die Stirn erlittenen Unfalles an Schwindelgefühl und Anfällen zu leiden, in denen er, am Boden liegend, die Personen seiner Umgebung sprechen hörte, ohne selbst aufstehen zu können. Der in der Ohrenklinik erhobene Befund vom 1. 12. 04. teilte mit: objektiv nichts, subjektiv völliger Funktionsausfall.

Bei der Aufnahme in die Gießener psychiatrische Klinik sah M. ziemlich blaß aus und war von schlechtem Ernährungszustande. Oberhalb der linken Augenbraue war eine Depression im Knochen zu fühlen. Physiognomisch fiel dauernde starke Kontraktion des M. corrugator auf, die als tiefe Vertikalfalte über der Nasenwurzel sichtbar war. Es bestand ziemlich starker Tremor der Finger.

Der Verkehr mit ihm fand schriftlich statt. Auf diesem Wege erteilte er Auskunft über seine Person, seine Heimat und nannte richtig die Zeit seines Aufenthaltes in der Ohrenklinik. Ferner berichtete er, von 1900—1903 bei den ersten Garde-Dragonern gedient zu haben — eine Angabe, die nicht so recht glaubwürdig klang — und dort im August 1903 durch Hufschlag verletzt worden zu sein. Manche seiner Antworten erschienen teilweise unverständlich, so schrieb er z. B. auf

die ihm vorgelegte Frage: „Seit wann sind Sie stumm und taub?“ folgendes nieder:

„Vom 19ten November höre ich nichts. nach Weihnachten war ich in Mosbach krank, seidt erst 3 bis 4 Stunden, 4 Januar gar nichts mehr sprechen.“

Auf Anrufen und Händeklatschen ließ er, obwohl diese Reize plötzlich und sehr laut erfolgten, nicht die geringste Reaktion erkennen. Wenn in seiner Gegenwart über ihn gesprochen wurde, zeigte er eine gänzlich unbekümmerte Miene. Als man einmal zu ihm sagte, er höre und könne auch sprechen, veränderte sich sein Gesichtsausdruck in keiner Weise; als ihm hingegen dieselbe Bemerkung schriftlich gereicht wurde, zeigte er Gebärden des Zornes und heftige Entrüstung, die Augen füllten sich mit Tränen, er wendete sich ab und verweigerte die dargebotene Hand. Eine Viertelstunde später wies er dieselben Affektäußerungen noch in fast unveränderter Weise auf.

So sehr dieses Verhalten an sich für die Glaubwürdigkeit der angeblichen Taubstummheit sprechen konnte, so ließen doch eine Anzahl klinischer Erwägungen die Echtheit derselben jetzt schon in Zweifel ziehen. Vor allem nämlich war erwiesen, daß keine peripheren Schädigungen der Hör- und Sprachorgane vorlagen und ebenso war in Anbetracht der von M. gegebenen Anamnese und des Fehlens von Herdsymptomen ein *organisches zentrales* Leiden ausgeschlossen.

Mithin blieben noch folgende Möglichkeiten:

1. Gehör und Sprache war objektiv ausgeschaltet. Dann konnte nur ein psychogener Zustand die Ursache sein.

2. Bei objektiver Fähigkeit zu hören, lag dem Verhalten des M. eine Geisteskrankheit zugrunde, wobei im wesentlichen paranoische Wahnideen oder katatonischer Negativismus in Betracht gekommen wäre oder

3. es bestand Simulation. In diesem Falle wäre zu entscheiden gewesen, ob die Simulation bei sonst normalem psychischen Zustande stattfand oder auf pathologischer Grundlage erwachsen war.

Die Annahme einer Paranoia trat bald als unwahrscheinlich zurück, da die bereitwillig gegebenen schriftlichen Auskünfte des M. keine systematisierten Wahnvorstellungen darboten.

Es galt also nunmehr festzustellen, ob M. überhaupt hörte.

Zu diesem Zwecke wurde ca. fünf Stunden, nachdem die oben beschriebene Reaktion erfolgt und wieder Beruhigung eingetreten war, am 17. 2. 1905 nachmittags $4^{30}$ ein psychophysischer Versuch vorgenommen, welcher sich von den unter I—III beschriebenen nur dadurch unterschied, daß als Reiz statt des Klingelsignales ein Schlag mit dem Hammer gewählt wurde, der, für M. natürlich nicht anders als akustisch wahrnehmbar, auf einen im selben Zimmer befindlichen,

abseits stehenden Tisch ausgeführt wurde. Die darauf erfolgte Reaktion war, wie auf Kurve IV zu sehen, eine sehr heftige: erstlich waren die Ausschläge in allen drei Dimensionen außerordentlich stark, in der Druckkurve sogar so, daß der Hebel vorübergehend bis unter das Niveau der Trommel gefallen war, und zweitens hielt die Erregung abnorm lange an. Erst nach einer Strecke, welche der Umlaufzeit der Trommel gemäß einer Zeit von ca. 7" entsprach, war die untere Kurve wieder zu dem ersten Verlaufstypus zurückgekehrt. Die Heftigkeit und Dauer dieser Reaktion entsprach vollkommen der Stärke des Reizes, so daß die normale Hörfähigkeit des M. erwiesen war.



Kurve IV.

Der weitere Aufenthalt des letzteren in der Klinik verlief folgendermaßen: er behielt, auch nachdem ihm die Kurven gezeigt und erklärt worden waren, das vor dem Versuche beobachtete Verhalten vorerst bei. Am Tage darauf äußerte er Beeinträchtigungsideen und bedrohte den Oberpfleger. Am 20. 2. füllte er einen Fragebogen über Orientiertheit, Krankheitsbewußtsein u. dgl. aus, indem er dabei eine Anzahl paralogischer Antworten abgab, z. B.: Wie alt sind Sie? „Wallmichrath". Welcher Monat? „August". Welcher Tag im Monat? „30. August" In welcher Stadt? „Kirchhain" später „Mosbach". Wo waren Sie vorige Weihnachten? „Lissabon".

Am 21. 2. früh drückte er durch Gebärden seinen Unwillen darüber aus, daß er in der Klinik sei und stieß dabei leise, schnalzende Töne aus. Im Laufe des Vormittags sprach er spontan, indem er dem Pfleger zurief: „Wo ist der Lump mit dem Messer?" und verhielt sich in bezug auf Gehör und Sprache fortan völlig normal. Seine Reden und Gebärden trugen vielfach den Charakter schwächlicher Wahnideen; u. a. fragte er den Arzt: „Sie haben doch kein Messer?" und deutete auf Tür und Fenster, als wenn dort etwas Auffälliges wäre. Mitunter wurde er zornig, mitunter weinte er oder sang obszöne Lieder. Als am 23. 2. abermals ein Fragebogen aufgenommen wurde, gab er meistens geordnete Antworten, wiederum jedoch machten sich, nur

in viel weniger auffallender Weise wie vorher, negativistische und paralogische Züge bemerkbar, indem er auf eine Anzahl Fragen mit „ich weiß nicht" reagierte, sie aber dann sofort richtig beantwortete. Deutlicher traten diese Erscheinungen bei einer Prüfung mit einfachen Rechenaufgaben hervor: so beantwortete er manche Fragen zuerst falsch und nannte *unmittelbar* nach der korrigierenden Bemerkung („falsch" oder „nein") die richtige Zahl; auch gab er auf leichtere Fragen eine falsche Antwort, während er schwerere richtig löste, z. B. 3+7? „8"; jedoch 26+14? „40", 32+17? „49". Einige Fragen des Orientiertheit-Bogens hatte er gänzlich unbeantwortet gelassen.

Er äußerte nochmals eine unbestimmte Verfolgungsidee, etwa in dem Sinne, daß ihm der Besitzer des Pferdes, welches ihn geschlagen habe, mit dem Messer nachgelaufen sei. Betreff seines Militärverhältnisses gab er schließlich an, er wäre nicht Soldat gewesen. Ungebärdiges Wesen und Erregungen, welche er zeigte, ließen direkt unter dem Einfluß kurzer Vorhaltungen nach; während der letzten Tage vor dem Austritte aus der Klinik, der am 24. 2. 1905 erfolgte, verhielt er sich völlig sozial.

Die wesentlichen Erscheinungen, die M. geboten hat, sind mithin, kurz zusammengestellt, folgende:

*Vortäuschung von Krankheitszuständen*; geschah, offenbar schon seit mehreren Monaten, mit großer Folgerichtigkeit und ohne daß ein normaler Grund zur Simulation vorgelegen hätte. Die Täuschung wurde einige Tage, nachdem sie erwiesen und der Beweis ihm vorgelegt worden war, aufgegeben. *Pseudologien, Negativismus und Paralogien*; namentlich letztere traten anfangs sehr stark in gröberen Formen hervor, ließen sich aber auch später noch in feineren Reaktionen erkennen. *Verfolgungsideen*, unbestimmt, in bezug auf Inhalt und Ausdrucksform sehr schwächlichen Charakters. *Erregungen*, teils zorniger, teils mehr heiterer Natur. *Beeinflußbarkeit.*

Auf Grund dieser Beobachtungen fassen wir den Fall M. *klinisch* als den eines *Zustandes von psychischer Schwäche* auf, *der ausgezeichnet ist durch demente und psychogene Züge*, und erblicken demgemäß auch in der Simulation der Taubstummheit einen schwachsinnigen, psychogenen Akt. —

Wir reihen nun den Fall in Hinsicht auf die hier besprochene Untersuchungsmethode den Fällen I—III an:

Während bei diesen die motorischen Begleiterscheinungen psychische Verhältnisse offenbarten, die von den Versuchspersonen teils spontan angegeben worden waren, von keinem aber willkürlich verborgen gehalten werden sollten, wurde bei jenem der Erkennung bestimmter innerer Zustände ein Widerstand entgegengesetzt, der einerseits beabsichtigt

war und dem andererseits gerade seine psychogene Natur besonders große Wirksamkeit zu verleihen vermochte.

Dennoch war es mit Hilfe der mitgeteilten Methode gelnngen, Reaktionen auf aknstische Reize objektiv festzustellen und so den wirklichen Sachverhalt an den Tag zu fördern.

Zum Schlnsse sei noch bemerkt, daß im p r a k t i s c h e n Leben, in dem es nicht immer so sehr auf genane Messnng, als vielmehr überhanpt auf Feststellung der jeweiligen Tatsachen ankommt, die Beobachtung solcher unwillkürlichen (Ausdrucks-) Bewegungeu auch ohne Znhilfenahme eines Registrierapparates möglich ist und viele, auch wissenschaftlich brauchbare Resultate liefern kann, sofern man sich gewöhnt, die Reize, welche man setzt, seien sie nnn akustischer, optischer oder taktiler Art, chronologisch bestimmt nnd in einheitlich abgemessenen Stärken zu applizieren.

Diese Anfgabe läßt sich oft mit einfachen mechanischen Hilfsmitteln lösen, nnr darf nicht verkannt werden, daß gerade die methodische Beschäftigung mit der objektiven Darstellung solcher Bewegungen den Blick für diese in hohem Maße schärft.

---

## III.

# Familiärer Kretinismus.

Von **Dr. Jaeger.** Gießen.

---

Die Beziehungen zwischen gestörter Schilddrüsenfunktion und Erscheinungen am Zentralnervensystem stellen sich von Jahr zu Jahr mannigfaltiger dar.

Vielleicht ist man gelegentlich zu weit gegangen, indem man manchmal rein akzidentelle Veränderungen der Glandula thyreoidea in Zusammenhang bringen wollte mit gleichzeitig bestehenden Psychosen und Neurosen verschiedener Art. Aber wenn auch Mitteilungen in dieser Richtung sich später vielleicht als irrige Hypothesen darstellen sollten, so wirkten sie doch das Gute, daß sie zu weiteren Studien auf diesem eigenartigen und interessanten Gebiete anregten. Ist doch hier die Möglichkeit gegeben, nach der wir oft so vergeblich bei der Erforschung pathologischer Vorgänge im Zentralnervensystem suchen, nämlich ein der Untersuchung zugängliches Organ als Substrat zu besitzen.

Beim *Kretinismus* ist man sich heute wohl allgemein darüber einig, daß der charakteristische somatisch-psychische Symptomkomplex direkt oder indirekt durch krankhafte Funktion des Schilddrüsengewebes oder absoluten Mangel desselben bedingt ist. Und doch gibt es auch hier eine Menge ungelöster Fragen. Die Untersuchungen von Schilddrüse und Zentralnervensystem kretinöser Leichen sind bisher so vereinzelt und so wenig nach einheitlichen Gesichtspunkten durchgeführt, daß die pathologische Anatomie des Kretinismus durchaus nicht ein abgeschlossenes, klares Gebiet darstellt. Auch die rein klinisch-morphologischen Mitteilungen sind nicht allzu dicht gesät und differieren gelegentlich in wesentlichen Punkten. Was die *Ätiologie* betrifft, so macht man für den *endemischen* Kretinismus schlechtes Trinkwasser verantwortlich, aber worin nun diese krankmachenden Elemente des Wassers bestehen, auf welche Weise sie eine Vergiftung des Organismus durch den Umweg der Schädigung der Schilddrüsenfunktion bewirken, darüber können wir heute noch keine bestimmte Auskunft erhalten.

Die Erforschung des sporadischen Kretinismus hat durch die Erfahrung gewonnen, daß man durch totale Thyreoidektomie quasi experimentell Kretinismus hervorbringen kann, welcher sich symptomatisch von dem originären allerdings unterscheiden läßt. — Außer der Schilddrüsenexstirpation werden hereditäre Syphilis, Alkoholismus, Tuberkulose u. a. m. als ätiologische Faktoren angeschuldigt. Speziell sind auffallend zahlreiche Fälle von sporadischem Kretinismus beschrieben, bei denen als einziges ursächliches Moment Alkoholismus der Erzeuger festgestellt werden konnte. Wir sehen ja gerade die alkoholische Vergiftung so verschiedenartige Degenerationsbilder bei der Deszendenz hervorrufen. Wir müssen also hier eine vorher bestehende kretinöse Disposition des Individuums resp. seiner Erzeuger annehmen, die man sich rein physiologisch als relative Funktionsschwäche der Schilddrüse vorstellen mag. Virchow stellte den Satz auf, daß Kretinismus überhaupt nur in Gegenden mit endemischem Kropf vorkomme, womit ja die thyreopathische Diathese als manifest gegeben wäre. Aber diese Annahme ist von verschiedener Seite mit Recht bestritten worden. Schließlich braucht auch eine funktionsschwache Schilddrüse gar keine der äußern Untersuchung zugänglichen Veränderungen zu zeigen. Psychisch können die kretinösen Individuen ausnahmsweise vollkommen intakt sein. Wir beobachten bei morphologisch hochgradigem Kretinismus oft eine normale Psyche, zum mindesten entspricht die Schwere der somatischen Erscheinungen keineswegs der Schwere des psychischen Verfalls. Endlich ist über bei Kindern auftretende „formes frustes" des Kretinismus berichtet, die während des weiteren Wachstums wieder vollständig, ohne Therapie, verschwinden.

Sehr interessant in bezug auf die Frage der Ätiologie scheint mir der Umstand, daß die kretinösen Erscheinungen so häufig im zweiten Lebensjahr einsetzen, nachdem vorher den Müttern nichts Krankhaftes an den betreffenden Kindern aufgefallen war. In drei Fällen, die mir bekannt sind, wurde von den Angehörigen berichtet, daß die manifesten Erscheinungen unmittelbar mit dem Übergang von der Mutterbrust zur künstlichen Ernährung zeitlich zusammenfielen. Hier hatte also die mütterliche Schilddrüse solange ausgeholfen. Ein Fall war besonders interessant: Der betreffende Patient, aus einer kretinen- und kropffreien Gegend stammend, unter zwölf Geschwistern das einzige kretinöse, war im ersten Lebensjahr ganz frei von irgendwelchen Symptomen; die Mutter, die das Kind bis dahin gestillt hatte, starb ca. 10 Monate post partum. Das Kind wurde nun in dem mutterlosen Haushalt vernachlässigt und kurze Zeit darauf traten die ersten kretinösen Erscheinungen zutage.

Wenn bei einzelnen Fällen dieser Zeitpunkt noch weiter sich hinausrückt, ins vierte Lebensjahr und später, so braucht man dabei gar nicht zu der Hypothese sich zu flüchten, daß die Thymus bis dahin vikariierend

gewirkt hätte, sondern es genügt vollkommen anzunehmen, daß die Schilddrüse durch die von Jahr zu Jahr gesteigerten Ansprüche des wachsenden Organismus allmählich vollkommen sich erschöpfte.

Bei den folgenden drei Fällen, die ich im vorigen Jahre in der psychiatrischen Poliklinik von Prof. Sommer-Gießen beobachtete, bestehen einige interessante Einzelheiten. Es handelt sich um die Familie A. aus K., einer von Kretinismus und endemischem Kropf freien Gegend. Die Mutter, geboren 1867, stammt aus vollkommen gesunder Familie, ohne psychoneuropathische Belastung. Sie selbst ist frei von morphologischen Abnormitäten, ihre Körperlänge beträgt 161 cm. Psyche intakt. Intelligenz steht über dem Durchschnitt ihres Milieus. — Anders beim Vater. Sein Muttersbruder war ein bekannter starker Trinker. Er selbst (geboren 1858) trank von jeher, verträgt gegenwärtig nicht mehr viel. Er konsumiert täglich für 70—80 Pf. Schnaps, daneben Bier; er bricht häufig beim Erwachen morgens. Er gilt im Dorf als gescheiter, heller Kopf, solang er nicht stark betrunken ist. Hat beim Militär gedient. Von 12 Uhr mittags ab ist er Tag für Tag leicht angetrunken, so daß die Umgebung es bemerkt. Ich selbst habe ihn wiederholt aufgesucht und immer betrunken angetroffen. Zu einer körperlichen Untersuchung ließ er sich nie herbei, ich konnte nur feststellen, daß er einen starken Tremor der Hände und Zunge zeigte und außerdem lebhaft gesteigerte Patellarreflexe hatte. Die Frau gab an, daß er besonders morgens, bevor er seinen Schnaps getrunken, ein enormes Zittern der Hände aufweist. Für Lues liefert die Anamnese der sehr verständigen Frau keinen Anhaltspunkt. Mann und Frau sind blutsverwandt: die beiderseitigen Großeltern mütterlicherseits waren Geschwister. — Heirat 1887. — Die Ehe war sehr unglücklich, die Frau hatte gegen ihren Willen diesen Mann heiraten müssen. Coitus im betrunkenen Zustand kam häufig vor. Geburt des ersten Kindes April 1888, Mädchen, glatter Geburtsverlauf. Das Kind war lebhaft, lernte mit einem Jahr gehen. Erst im vierten bis fünften Jahr bemerkte die Mutter, daß dasselbe im Wachstum und psychisch zurückblieb. Das Mädchen absolvierte drei Jahrgänge von den acht vorgeschriebenen der Volksschule, machte keine besonderen körperlichen Erkrankungen durch. Speziell wurden keine Krämpfe beobachtet. Bis heute (Karoline ist jetzt 17 Jahre alt) sind keine Menses eingetreten. — Die körperliche Untersuchung ergibt: Körperlänge 126 cm, die ganzen Größenverhältnisse des Körpers entsprechen ungefähr denen eines achtjährigen Kindes (siehe Abbildung I Nr. 1 von links und Abbildung II). Statur plump, Verkürzung der Längendurchmesser zugunsten der Breiten- und Tiefendurchmesser. Nase breit, Nasenwurzel tief eingedrückt. Lippen wulstig, myxödematöse Verdickung der Haut an verschiedenen Körperstellen. Schilddrüse nicht palpabel, Halsumfang 25 cm. Gaumen steil und schmal.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Schädelmaße: | Umfang | 52,4 | cm |
| | Längsdurchmesser | 17,6 | „ |
| | Querdurchmesser | 14,8 | „ |
| | Sagittalbogen | 30,1 | „ |
| | Frontalbogen | 29,7 | „ |

Sehnenreflexe lebhaft. Extremitäten gleichmäßig entwickelt. Keine Motilitätsstörung. Sensibilität im groben intakt. Sinnesorgane ohne Besonderheit. — Die psychischen Fähigkeiten entsprechen denen eines ca. 8 jährigen Kindes, gemütlich ist sie nicht erethisch, sondern stumpf. Der Klang der Sprache ist eigentümlich monoton. — Geburt des zweiten Kindes (siehe Abbildung I Nr. 2 von links und Abbildung III.) Juni 1890, normaler Geburtsverlauf, der Junge (Karl) entwickelte sich normal bis zu Anfang des zweiten Jahres, von wo ab er zurückblieb. Lernte mit vier Jahren gehen. War nicht fähig, am Schulunterricht teilzunehmen. Kann nur einzelne Worte (Mutter, Wurst, Brot, Wasser) aussprechen, ist vollkommen apathisch, spielt nur selten mit irgendeinem Gegenstand. Einige Male hat die Mutter beobachtet, daß er einen starren Gesichtsausdruck bekam und einige Sekunden nicht bei sich zu sein schien, ohne zu krampfen oder einzunässen. — Die körperliche Untersuchung ergibt: Körperlänge 105 cm. Schilddrüse nicht palpabel. Halsumfang 27 cm. Die Körperdimensionen entsprechen denen eines ca. 5 jährigen Kindes. Genitalien vollkommen unentwickelt, Hydrocele testis sinistra. Ausgesprochen kretinöser Habitus. Zahlreiche myxödematöse Hautpartien, wulstige Lippen, breite Nase, tief eingedrückte Nasenwurzel. Ohren schlecht differenziert, Zunge sehr groß, schwer beweglich. Nasenatmung verlegt durch adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum. Harter Gaumen steil und schmal. Vor den beiden oberen inneren Schneidezähnen steht je ein weiterer Schneidezahn von rudimentärer Entwicklung. Kopfbehaarung sehr spärlich. Ekzem der Kopfschwarte.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Schädelmaße: | Umfang | 55,2 | cm |
| | Längsdurchm. | 18,4 | „ |
| | Querdurchm. | 14,5 | „ |
| | Sagittalbogen | 30,8 | „ |
| | Frontalbogen | 29,7 | „ |

Motilität intakt. Sehnenreflexe gesteigert. Sensibilität für alle Qualitäten herabgesetzt. Sinnesorgane ohne Besonderheit. Puls 70 pr. min., Temperatur 36,8°. Hängebauch.

Geburt des dritten Kindes (Wilhelm) (siehe Abbildung I Nr. 3 von links und Abbildung IV) Oktober 1891, ohne Störung. Normales Verhalten bis zum Beginn des dritten Jahres, von welchem Zeitpunkt ab der Junge zurückblieb. Er konnte zwar am Schulunterricht ebenfalls nicht teilnehmen, ist aber psychisch erheblich regsamer als sein Bruder Karl;

er kann sich in einfachen Sätzen ausdrücken, seinen Namen schreiben, bis auf zwanzig zählen, hat auch Interesse für seine Umgebung, spielt gerne. — Körperlicher Status: Länge 113 cm. Schilddrüse fühlbar, weich, nicht vergrößert, Halsumfang 27 cm. Die Körperdimensionen sind die eines 7jährigen Kindes, Genitalien infantil. Der ganze Körper ist etwas graziler gebaut, als bei den älteren Geschwistern. Gesichtsausdruck lebhafter, doch prägt sich in der breiten Nase mit tiefer Wurzel und in den wulstigen Lippen noch deutlich der kretinöse Typus aus. Die Zunge ist nicht vergrößert, der harte Gaumen steil, die beiden oberen inneren Schneidezähne sind doppelt vorhanden wie bei dem älteren Bruder.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Schädelmaße: | Umfang | 55,5 | cm |
| | Längsdurchm. | 16,5 | „ |
| | Querdurchm. | 14,9 | „ |
| | Sagittalbogen | 33,5 | „ |
| | Frontalbogen | 31,6 | „ |

Im übrigen ist nichts Besonderes zu erwähnen.

Das vierte Kind (siehe Abbildung I Nr. 4 von links und Abbildung V), geboren im September 1894, hat sich bisher vollkommen normal entwickelt, ist körperlich eher weiter entwickelt als ihre Altersgenossinnen im Dorf, ebenso nimmt sie in der Schule in ihrem Jahrgang einen der oberen Plätze ein. Die Körperlänge beträgt 131 cm (das Kind ist jetzt 11 Jahre alt), die Schilddrüse ist palpabel, weich, nicht vergrößert. Ihre Körperdimensionen entsprechen völlig ihrem Alter.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Schädelmaße: | Umfang | 49,8 | cm |
| | Längsdurchm. | 16,8 | „ |
| | Querdurchm. | 14,0 | „ |
| | Sagittalbogen | 29,8 | „ |
| | Frontalbogen | 29,4 | „ |

Morphologisch ist keine Spur kretinöser Erscheinungen nachzuweisen (s. Abbildung). Auf dem Gruppenbild sieht man den sehr großen Kontrast, den der Habitus dieses Kindes mit den älteren Geschwistern bildet.

Der Mann war stets im selben Grad dem Trunk ergeben gewesen, es hatten immer dieselben traurigen Familienverhältnisse geherrscht. Um so interessanter ist es, wie hier bei völligem Gleichbleiben der schädigenden Momente die Degenerationserscheinungen bei der Deszendenz fortschreitend geringer werden und schließlich ganz verschwinden. Die einfachste Lösung des Rätsels wäre die, daß das vierte, völlig normale Kind von einem anderen Vater gezeugt ist. Aber dahinzielende Recherchen (die Familie lebt in einem kleinen Dorf) ergaben absolut keinen Anhaltspunkt dafür. Außerdem ist ja schon bei dem dritten Kind ein deutliches

Abnehmen in der Schwere der kretinösen Erscheinungen zu konstatieren. — Das Kind gleicht in den Gesichtszügen und seinem ganzen Habitus völlig der Mutter. Man kann annehmen, daß das Chromatin der väterlichen Keimzelle, welche hier das krankmachende Agens in sich barg, in diesem Falle gewissermaßen vollkommen in den Hintergrund gedrängt wurde durch das Chromatin der gesunden mütterlichen Keimzelle der damals im Altersoptimum von 27 Jahren stehenden Frau.

Im übrigen handelt es sich hier um *sporadischen*, zugleich aber *familiären* Kretinismus, bei dem *Alkoholismus des Vaters*, vielleicht in Verbindung mit Blutsverwandtschaft, als ätiologisches Moment ermittelt werden kann.

IV.

# Zur Symptomatologie der Katatonie.

Von **Dr. v. Leupoldt,** Gießen, Kgl. Oberarzt.

---

J. T., 28 Jahre alt, Maurer, wurde am 6. Mai der Gießener Klinik für psychische und nervöse Krankheiten zugeführt, weil er Äußerungen schwerer Gemütsverstimmung geboten hatte, indem er leicht weinte, vor sich hinbrütete, große Zerfahrenheit an den Tag legte und allerlei seltsame Handlungen beging. Auf dem Bau, bei welchem er beschäftigt war, hatte er kleine Holzstücke zu einem Haufen zusammengetragen, war ziellos hin und her gelaufen, hatte jedes Plakat — mitunter mehrmals hintereinander — gelesen u. dgl.

Sein Vater war „nervös", wollte Schlösser bauen, ist Mitte der vierziger Jahre zwei Jahre lang in einer Irrenanstalt verpflegt worden und nach der Entlassung durch verminderte Arbeitsfähigkeit und durch den Trieb aufgefallen, alles, z. B. auch die Grenzsteine, zu säubern; er starb im Alter von 72 Jahren an einem Lungenleiden. Einer der drei Brüder des Patienten hat im Alter von 38 Jahren eine Geistesstörung durchgemacht, von der er angeblich genesen ist.

T. selbst soll immer gesund gewesen sein und in der Schule gut gelernt, im Rechnen sich sogar besonders ausgezeichnet haben. Er hat als Maurer gut gearbeitet.

Während seines ganzen Aufenthaltes in der Klinik fiel er dadurch auf, daß er sehr oft Gegenstände und im allgemeinen optische Eindrücke so, wie sie sich ihm gerade boten, nannte und herzählte. Dieses Phänomen war nicht nur gelegentlich und mehr vereinzelt zu beobachten, sondern trat in seltenem Maße deutlich und umfangreich zutage und gewährte dadurch die Möglichkeit, einige genauere Einblicke in seine Beschaffenheit und seine Beziehungen zu einzelnen psychischen Funktionen zu gewinnen.

Einer Erörterung über diese Punkte sei eine kurze Darstellung des hier beobachteten Krankheitsverlaufes vorausgeschickt.

In körperlicher Beziehung war bei T. zu bemerken, daß die

Patellarreflexe leicht gesteigert waren, geringer Tremor der Finger bestand, die A. radialis sich etwas hart anfühlte, der Puls, regelmäßig und kräftig, eine Frequenz von 60 Schlägen in der Minute besaß und daß die Aa. temporales stark geschlängelt waren.

T. war vollständig orientiert und bei der Aufnahme ruhig. Einige Tage später bekam er einen sehr heftigen Erregungszustand, in dem er weinte, schrie und tobte, wobei der Kopf stark kongestioniert aussah. Diese Erregungen kehrten häufig wieder. Manchmal stand T. neben seinem Bette und schrie einzelne Wörter in Pausen von ca. 10 bis 20″ mit außerordentlich lauter Stimme hinaus. Zu anderen Zeiten war er freundlich und läppisch zutunlich oder er querulierte, indem er z. B. das gleiche Essen verlangte, welches ein Kranker der I. Verpflegungsklasse erhielt.

Neben dem stereotypen Schreien fanden auch stereotype Bewegungen, wie taktmäßiges Schwingen der Arme, statt. Einzelne Redewendungen: „hier ist das eiserne Kriegsgeheimnis", „es handelt sich um einen Erdglobus", „Sie werden jedenfalls akkulte (!) Wissenschaft feststellen wollen", konnten einen paranoischen Eindruck machen, mußten jedoch bei dem Fehlen entsprechender Wahnideen eher als Paralogien aufgefaßt werden.

Das ganze Krankheitsbild erwies sich mehr und mehr der katatonischen Form des primären Schwachsinnes zugehörig.

Wir lassen nun eine Beschreibung des oben genannten Symptomes folgen und geben zunächst eine Anzahl Beispiele dafür, wie es sich in der explorativen Unterhaltung mit dem Patienten darstellte:

Die Frage: „Wo waren Sie vor acht Tagen?" beantwortete er folgendermaßen: „Vor acht Tagen? Genau kann ich's nicht sagen. Ich bin spazieren gegangen in Offenbach, im Wald" (gibt einzelne Stellen an), „da hab' ich verschiedene Wahrnehmungen gemacht an Bauten, Häusern und Leuten" ... („Was für Wahrnehmungen?") „Ich hab' Wahrnehmungen gemacht, daß Glas zersprungen war, verschiedene Schilder abgeändert worden sind, Grenzsteine schräg gestanden, daß rote Steine 'rausgegraben worden waren, daß Basalt neue gesetzt waren, jedenfalls für Straßenanlagen, daß Schlehdorn so geblüht haben, in den Gärten Salat — — in den Wirtshäusern, ‚Felsenkeller', wo die Leute so getrunken haben . . . daß so eigentümlicher Geruch da war." („Ist das alles etwas Besonderes?") „Das hab' ich noch nicht sonst wahrgenommen." — Auf die Frage: „Hören Sie schimpfende Stimmen?" erwiderte er: „Nein. Da im Zimmer hab' ich draußen gehört Schwalben und Amseln . . . Das hab' ich auch in Offenbach wahrgenommen, daß Schwalben geflogen sind hoch in den Lüften und die Sonnenstrahlen — daß die Sonne so aufgegangen ist . . . und als ich abends ausgegangen war, daß das Firmament klar war . . . In einer Kneipe in Offenbach stand ein elektrischer Musik-

apparat; wenn der ging — oben sind Figuren drauf, die bewegen sich, das gibt dann eine feine Musik . . . wenn ich hingekommen bin, da sind zwei Kellner, die sind sich uneinig . . . Die Malerei an der Decke ist sehr schön ausgeführt, aber im ‚Kollegzimmer' da ist ein Loch in der Scheibe."

Bei der ärztlichen Visite sagte er spontan, indem er an das Fenster trat und auf ein im Neubau begriffenes Haus zeigte: „das ist ein Schloß"; ferner: „das ist ein Berg, da ist etwas darauf" (Aussichtsturm), „das ist Dampf" (von einem vorüberfahrenden Zuge); „im Garten war eine Amsel und das Gras und die Blumen"; „an dem Fenster dort hängt eine blaue Scheibe, die hat sich bewegt" (eine in Entfernung von mehreren hundert Metern an einem Fenster des Nachbarhauses hängende Diaphanie von blauem Glase). Einmal berichtete er von einer roten Scheibe, die abends hell würde, und meinte damit eine Weichenlaterne, die mehr als 300 m entfernt gelegen und kaum sichtbar war. Bei einem Gange durch einen Korridor zeigte er auf alles, worauf seine Blicke fielen, und nannte es: „Das sind Karten, das ist Dampfheizung, das ist Terrazzo. Ein Kleiderständer. Hier führt die Treppe hinunter. Ein Wasserhahn; da setzt sich Grünspan an. Ein Schrank. Spiegelscheiben." Auf die Frage, ob er sich verspottet glaube, antwortete er: „Nein. In O., wo ich geschafft habe, habe ich die Leute angekuckt, haben sie mich wieder angekuckt. Habe ich Militär gesehen und Zivilpersonen, zu Pferde und zu Fuß, und Chaisen; sieht man ja alle und die verschiedenen Stoffen-Sachen; so Schirme aus verschiedenen Farben." Die Frage, ob das etwas Besonderes wäre, verneinte er. Im Untersuchungszimmer wanderte er umher und produzierte, immer von selbst, ohne jegliche Aufforderung, folgendes: (die Buchstaben einer Tafel für Sehprüfungen betrachtend) „E. T. B. D. L. N." usw., ferner: „Das ist Spirituskocher . . . Verbandstoff. Da ist Gasleitung. Das ist ein Barometer. Das sind Mäntel. Das ist ein Schlüssel. Das sind Kleiderhalter. Das sind Streichhölzel, nicht? Das sind, womit die hier aufschließen. Das ist ein Maß, das braucht die Schneiderin, sind Millimeter drauf und Zahlen."

Diese Mitteilungen werden genügen, um zu zeigen, welches Symptom hier gemeint ist und inwiefern die Art und der Umfang seiner Äußerungen auffallen konnte. Bisher nun lassen sich folgende Eigentümlichkeiten erkennen:

1. Eine Menge Sinneswahrnehmungen, fast ausschließlich aus dem optischen Gebiete, werden von T. spontan ausgesprochen.

2. Dabei fällt eine nicht unbedeutende Schärfe der Perzeption auf und in bezug auf früher gemachte Wahrnehmungen, soweit dieser Punkt sich nachprüfen läßt, ein gutes Gedächtnis.

3. Die Nennungen des Wahrgenommenen beziehen sich auf einzelne Gegenstände und Vorgänge, seltener auf größere Komplexe.

4. Sie erfolgen offenbar wahllos, so daß weder ein logischer oder assoziativer Zusammenhang der einzelnen Äußerungen untereinander zu erkennen ist, noch ein solcher mit der gerade herrschenden Situation (Untersuchung, ärztliche Visite u. dgl.).

5. Sie verraten keinerlei ursächliche Beziehungen zu irgendwelchen Gemütsstimmungen.

Wir beschreiben nun weiter die Beziehungen des Phänomens, welches wir kurzweg als das der Nennung bezeichnen wollen, zu den Affekten und zu den intellektuellen Funktionen.

Die ersten der oben mitgeteilten Nennungen geschahen bei vollständig indifferenter Stimmung; T. äußerte keine Spur einer traurigen oder freudigen Erregung, sondern zählte mit gleichgültiger Stimme die Wahrnehmungen her, die er teils soeben machte, teils vor seiner Aufnahme, in O., gemacht zu haben spontan angab. Andere Male kam er lächelnd auf den Arzt zu, reichte ihm die Hand und begann mit freundlicher Stimme aufzusagen: „Die Raben haben heute früh gekrächzt und draußen blühen verschiedene Blumen; da ist ein Schwamm" usw. Mitunter dagegen befand er sich im Zustande hochgradiger Erregung: der Kopf war stark gerötet, die Schläfenarterien traten prall hervor; er schrie, weinte und klagte, man solle ihn herauslassen. Inmitten dieser Äußerungen rief er plötzlich, das Kopfkissen berührend, in dem gleichen lamentierenden Tone: „Da sind Roßhaare drin", „da ist Messing drin" (auf die Knöpfe des Kissens bezüglich); „das ist eine Uhr." Eine Zeit lang schrie er, wie am Anfange schon erwähnt, einzelne Wörter hinaus: „Berlin — Heppenheim — Mailand — Gerechtigkeit — Himmelblau — Nürnberg." „Stephan T. ist mein Bruder, ich heiße Johannes . . . ist es jetzt bald erwiesen." Darauf, sich zum Arzte wendend, in unverändertem Tone: „Eine Uhr ist das, der Zeiger steht genau auf zwölf, der Minutenzeiger. Das ist eine Brille, sie schreiben mit Bleistift hier." . . . Kommt dann an den Tisch heran, an welchen sich der Arzt gesetzt hatte, ergreift einen Bogen Schreibpapier, liest die Buchstaben des Wasserzeichens: „N. O. R." usw., ruft, auf einen Schrank deutend: „Hier sind Medikamente drin", dann: „Sie haben einen Knopf an, hier ist die Krawatte, Stehkragen, hier ist der Rock aufgegangen" und anderes, lauter richtige Wahrnehmungen. Die Erregung steigert sich darauf noch mehr: „Daß Stephan T. mein Bruder ist, weiß jeder, daß ich in B. geboren bin, am 12. Dezember 1876, auch" . . . Darauf, unmittelbar, sowie er die Gegenstände erblickt: „Das Tuch ist gefärbt. Sie haben einen Schlüssel, hier ist ein Strohhut." Als ein Bleistift in seinen Gesichtskreis gebracht wurde: „Der Bleistift ist schwarz."

Diese Schilderung ließe sich in derselben Weise noch weit ausdehnen. Sie zeigt uns, daß die Erscheinung des Nennens auftrat, gleich, in welcher Gemütstimmung sich T. befinden mochte, daß sie sich in die Äußerungen des jeweilig vorhandenen Affektes einschaltete, ohne eine innere Beziehung zu diesem zu offenbaren, und daß sie in derselben Weise, wie dieser, zum Vortrag gelangte, nämlich bald zornig, laut, larmoyant, bald ruhig, heiter, unter Lachen, bald gänzlich indifferent.

Von den intellektuellen Funktionen hatten einige den Eindruck einer Steigerung erweckt.

So war schon erwähnt worden die Schärfe der Perzeption. Ferner hatte die Wiedergabe früherer Eindrücke auf ein gut entwickeltes Gedächtnis gedeutet. Dasselbe offenbarte sich auch weiterhin.

So berichtete T. von dem oben mitgeteilten Gange durch den Korridor dreizehn Tage später, ohne den Raum wieder betreten zu haben, eine Anzahl der damals gemachten Wahrnehmungen. Auf anderen Gebieten, als dem der sinnlichen Wahrnehmungen, ergaben die Untersuchungen des Gedächtnisses folgende Resultate:

Prüfung der Schulkenntnisse: Wie heißen die größten Flüsse in Deutschland? „Der Rhein, die Donau, entspringt auf dem Schwarzwald . . . der Main, entspringt auf dem Fichtelgebirge . . . dazu kommt die Elbe, die Weichsel, die Weser, die Werra mit der Fulda.“

Hauptgebirge in Deutschland? „Die Alpen, der bayrische Wald, Böhmer Wald, Fichtelgebirge, Rhöngebirge, Spessart, Riesengebirge, Eifel, Schneeeifel, Schwarzwald, Odenwald liegt in Hessen, Rhöngebirge liegt in Unterfranken, da muß es verschiedene Quellen geben, um Kissingen herum.“ Auch andere auf geographische und geschichtliche Verhältnisse bezügliche Fragen werden vielfach richtig beantwortet.

Prüfung der Merkfähigkeit nach Ranschburg[1]), und zwar speziell des Wortgedächtnisses: Einzelne Wortpaare, die, aus einem ein- und einem zweisilbigen Worte bestehend, „nach dem Prinzip der Ko- und Subordination, der raum- und zeitlichen Koinzidenz, der Kausalität etc. zusammengestellt sind“, wurden je einmal vor- und von T. sofort nachgesprochen. Nach Einübung von mehreren (3, 6 oder 9) Wortpaaren fand nach einer Pause von 10″ die erste Reproduktion statt, in der Art, daß T. auf Zuruf des ersten Wortes eines jeden Paares das zweite zu ergänzen hatte. Dabei wurden:

[1]) Paul Ranschburg, Studien über die Merkfähigkeit der Normalen, Nervenschwachen und Geisteskranken, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. IX S. 241.



I.

1. von einer Gruppe von 3 Wortpaaren 3 richtig ergänzt,
2. „ „ „ „ 6 „ 6 „ „
3. „ „ „ „ 9 „ 6 „ „
4. „ „ „ „ 9 „ 8 „ „
5. „ „ „ „ 9 „ 7 „ „
6. „ „ „ „ 9 „ 9 „ „

Nach 30 Minuten wurde Gruppe 1—5, ohne daß ein nochmaliges Vor- und Nachsprechen erfolgt wäre, wiederum reproduziert. Dabei wurden richtig ergänzt:

II.

in der 1. Gruppe 3 Wortpaare,
„ „ 2. „ 6 „
„ „ 3. „ 7 „
„ „ 4. „ 8 „
„ „ 5. „ 7 „

Das Resultat hatte also keine Verschlechterung erfahren; in Gruppe 3 war es sogar etwas besser geworden.

Nach 13 Tagen wurden noch richtig ergänzt:

III.

von der 1. Gruppe 3 Wortpaare,
„ „ 2. „ 4,5 „
„ „ 3. „ 5 „
„ „ 4. „ 5 „
„ „ 5. „ 3 „

Es waren also nach 13 Tagen mehr als zwei Drittel der nach der zweiten Reproduktion noch gemerkten Wörter haften geblieben.

Diese elementaren Prüfungen zeigen, daß die Merkfähigkeit bei T. in weiterem Umfange gut entwickelt ist, in einem Maße sogar, welches zum mindesten hinter dem des Durchschnittes nicht zurücksteht.

Es wurden nun einige Untersuchungen angestellt, welche nach einer anderen Richtung hinzielten. T. erhielt die Aufgabe gestellt, einer einfachen Geschichte, die ihm vorgelesen werden sollte, aufmerksam zuzuhören, um nachher ihren Inhalt zu erzählen. Die Geschichte, entnommen aus Masius' Lesebuche für die unteren Klassen der höheren Unterrichtsanstalten, 10. Auflage, lautete:

Das Licht der treuen Schwester.

An dem Ufer einer Insel wohnte einsam in einer Hütte eine Jungfrau. Vater und Mutter waren gestorben, und der Bruder war fern auf der See. Mit Sehnsucht im Herzen gedachte sie der Toten und des Abwesenden und harrte seiner Wiederkehr. Als der Bruder Abschied nahm, hatte sie ihm versprochen, allnächtlich eine Lampe ans Fenster zu setzen, damit das Licht, weithin über die See schimmernd, wenn er heimkehre, ihm sage, daß seine Schwester noch lebe und seiner warte. Was sie versprochen, das hielt sie. An jedem Abend stellte sie die Lampe ans Fenster und schaute hinaus, ob nicht der Bruder käme. Es vergingen Monde, es vergingen Jahre, und noch immer kam der Bruder nicht. Die Schwester ward zur Greisin. Immer noch saß sie am Fenster und schaute hinaus, und an jedem Abend

stellte sie die Lampe aus und wartete. Endlich war es bei ihr dunkel und das gewohnte Licht erloschen. Da riefen die Nachbarn einander zu: „Der Bruder ist gekommen!“ und eilten ins Haus der Schwester. Da saß sie da, tot und starr ans Fenster gelehnt, als wenn sie noch hinausblickte, und neben ihr stand die erloschene Lampe.

T. reproduzierte nun nach dem Vorlesen folgendes:

„Eine junge Frau, die hatte einen Bruder, der nahm Abschied von ihrer Schwester und fuhr auf hoher See. Als er Abschied nahm, da sagte der Bruder zu ihrer Schwester, sie möchte alle Abende die Lampe ans Fenster stellen, welche weithin in die See hinausleuchtete, damit, wenn er wiederkehre“ ... (Pause.) „... Sie lehnte alle Abende an das Fenster und schaute hinaus, und als ... die Nachbarsleute kamen zusammen, der Bruder war noch nicht da, und als er“ ... (Weiter!) ... „als er wiederkehrte, war die Schwester starr ... oder wie man's nennt ...“ (Fertig?) „... Sie konnte auch wiedererwachen, nicht?“ ... (Fertig?) „... Ja, nu kann man ja noch mehr erzählen, nicht?“ (Erzählen Sie nur, wenn Sie noch mehr erzählen können.) ... „Nun, so ein Leuchtturm leuchtet ja weithin, glaube ich, wenn so ein Leuchtturm im Meere ist.“ (Ist die Geschichte, die ich vorgelesen habe, fertig?) „Nein, die ist nicht fertig ... wir wollen's mal gehen lassen, es strengt zu sehr an“ ... (Was fehlt denn noch?) „Man kann noch dazusetzen ...“ (Blickt zum Fenster hinaus.) (Was kann man hinzusetzen?) „Weiß nicht“ ... (Nach einer Weile:) „Ist ein Telephon hier“ (zeigt auf ein an der Wand befindliches Schaltbrett).

Demnach ist T. nicht imstande gewesen, die einfache kurze Geschichte aufzufassen und ihren Inhalt wiederzugeben. Der dürftige Zusammenhang, welcher im Beginne der Reproduktion noch vorhanden ist, löst sich sehr bald in Bruchstücke auf, die schließlich kaum noch etwas mit dem ursprünglichen Inhalte zu tun haben. Von einem Erfassen der bescheidenen Pointe der Geschichte ist vollends so gut wie nichts zu erkennen. Die Schlußbemerkung endlich zeigt wieder die Ablenkung durch optische Eindrücke.

Darauf wurde geprüft, wie sich T. einem optischen Komplexe gegenüber verhielt. Ein Bild aus einer illustrierten Zeitschrift, darstellend die Einweihung eines Denkmales, wurde ihm nur mit der Frage: „Was ist das?“ vorgelegt. Darauf machte er — nicht aus dem Gedächtnisse, sondern das Bild vor Augen — in ununterbrochener Reihe folgende Angaben:

„Das ist eine photographische Aufnahme. Da kommen Leute hervor. Da ist auch ein Gartenzaun. Um das Denkmal herum stehen Leute. Da schwenken sie alle die Hüte und sieht die Fahnen. Sind auch Damen dabei und verschiedene Hüte. Da ist auch ein Gartentor mit zwei Pfeilern. Der Bau ist das Schloß und sind auch Verstärkungs-

pfeiler daran. Das ist das Dach. Da stehen Leute auf dem Torpfeiler. Da sind auch zwei Weißbinderstangen mit Fichten oder Mooskränzen. Außerhalb vom Gartenzaun sind auch noch Leute. Da sind halt viel Leute. Im ganzen ist das ein Festzug. Drüben an der Straße sind Bäume. Unter der Volksmenge ist Zivil und Militär, meistens ist es Zivil. Das kann der deutsche Kaiser sein. Es sind auch Postbeamte dabei. Die Leute sind meistens sonntagsgekleidet und meistens alte Leute. Das können Veteranen sein und das sind die Sängerfahnen."

Die Antwort auf die möglichst indifferent gestaltete Frage: „Was ist das?" besteht also in der Wiedergabe einer Menge von Einzelheiten (ungefähr 30), die z. T. geradezu auffallend belanglos sind, z. B. „verschiedene Hüte", „Verstärkungspfeiler", „das ist das Dach". Dagegen tritt die Neigung, das Gesehene als Ganzes aufzufassen, nur in äußerst geringem Maße hervor; kaum, daß sie zwei- bis dreimal zu erkennen ist, etwa in den Bemerkungen: „Das ist eine photographische Aufnahme", „um das Denkmal herum stehen Leute", „im ganzen ist das ein Festzug".

Ein zweiter derartiger Versuch, mit einem anderen Bilde, hatte ein gleiches Resultat.

Endlich sei noch folgendes Schriftstück mitgeteilt, das T. anfertigte, als er den Auftrag erhalten hatte, einen Brief an seinen Bruder zu schreiben:

An Herrn Thomas T. . . .
in
B. . . . Nro. 37.

Teile Dir mit, daß ich hier in Gießen in der Pisikalischen Klinik bin. Das Wetter ist hier schön und der Wind geht hier sehen (stehen?) zwei Betten ein Sthul zwei Bänke 2 Schränke auf den Bänken liegen Kleider in der mite steht ein Tisch oben ist ein Spiegle angebracht. Der Tisch ist weiß gedeck auf den ligdein Umlegkragen ein Tuch der Fußboden ist mit Linoleum gedeckt. Auf den Bänken ligen Kleider links steht ein Schrank in dem Schrank steckt ein Schlüssel. an der Wand hängen zwei Bilder das ein schwarz umrand da vor ist glas oben ist es blau unten sind Felssen die geht eben gegen Osten unter. in den lüfden Fligen die Schwalben recht ist die Eisen Bahn und daß Lahn Tahl oben ist die Sternwarte den 2 Betten weiß gedeck oben sind Eledrische Lampen an gebracht Disse sind mit Bapier roßen umgeben unten und oben rotes Papier in der mite grünes Telofon und Telegrafen verbindnug mit Bilz ab Leitung angebracht. Die Leute sind hier aufgerecht. Die Teller und Becher sind blau mit dem Bäyren Löwen Wappen versehen. Schluß.

Es findet also wiederum eine massenhafte Aufzählung einzelner Sinneswahrnehmungen statt, so, daß schließlich der Charakter eines Briefes nur noch spärlich zum Ausdrucke kommt.

Diese letzten drei Versuche enthalten, jeder auf einem anderen Gebiete, die Forderung, einen einfachen Komplex aufzufassen; das

Resultat ist bei allen dreien in einer Hinsicht völlig das gleiche, insofern nämlich diese Forderung nur in geringstem Maße erfüllt wurde, und statt dessen, soweit die Natur des Versuches es gestattete, eine massenhafte Aufzählung einzelner Sinneswahrnehmungen stattfand. Als es sich speziell — bei den Bildern — um die Auffassung eines optischen Ganzen handelte, wurden statt des Ganzen vorwiegend die Elemente genannt, aus denen es sich zusammensetzte. Der äußerst mangelhaften Reproduktionen eines anspruchslosen logischen Komplexes — der vorgelesenen Geschichte — liegt offenbar ebenfalls ein Mangel der Auffassung zugrunde, da, wie wir gesehen haben, T. über ein gutes Gedächtnis verfügte und etwa vorhandene Unfähigkeit der Reproduktion durch die Hilfsfragen ausgeglichen worden wäre.

Die Erscheinungen, welche durch die Versuche zutage getreten sind, decken sich so mit den früher berichteten klinischen Beobachtungen. Hier wie dort tritt eine gewisse Gebundenheit[1]) an das sinnliche Wahrnehmen überhaupt hervor; innerhalb derselben jedoch besteht noch in ausgesprochenem Maße die Neigung zu immer elementarerer — auf die Einzelheiten statt der Komplexe sich erstreckender — Perzeption. Es muß daher angenommen werden, daß dem Phänomen in intellektueller Beziehung ein Mangel in der Fähigkeit, Komplexe aufzufassen, zugrunde liegt.

Was nun das Verhältnis der Nennungen zu den Affekten anbetrifft, so hatten wir gesehen, daß jene in jeglicher Stimmung stattfanden, in ihrem Auftreten also von dem Vorhandensein einer bestimmten Gemütslage gänzlich unabhängig waren. Ferner aber ging aus dem Dargestellten hervor, daß der Hergang des Nennens an sich selbst kein affektbetonter war, in der Weise, daß er von dem Individuum als etwas Quälendes, ihm Fremdes empfunden worden wäre. Das Nennen ist somit keine Zwangshandlung in engerem Sinne.

Tatsächlich aber liegt ihm ein objektiver Zwang zugrunde, wie eben schon daraus hervorgeht, daß die Nennungen auch dann, wenn ein starker Affekt vorhanden ist, diesem heterogen, vonstatten gehen. Das Nennen stellt einen Zwangszustand dar, der als Zwang nicht zum Bewußtsein kommt[2]) und gehört damit in die Gruppe 1b der Sommerschen Einteilung, die „nach der Reaktion, welche die Gesamtpersönlichkeit der Betroffenen auf den vorhandenen Zwangstrieb zeigt", unterscheidet: „a) in Zwangstriebe (— Gedanken, — Gefühle), verbunden mit dem störenden Bewußtsein des Krankhaften und Zwingenden; b) in Zwangstriebe ohne Bewußtsein des Krankhaften und Zwingenden."

Was die Bezeichnung des Phänomens anbelangt, so habe ich hier

[1]) Robert Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten, II. Auflage S. 319 und 350.

[2]) L. c. S. 123 und 124.

den ganz indifferenten Ausdruck „die Nennungen“ oder „das Nennen“ gewählt, unter Vermeidung des Begriffes „Trieb“ oder „Zwang“, damit nicht die Vorstellung erweckt werde, daß es sich um einen Zwang im engeren Sinne handelt. Von einem „Konstatieren“ und „Deuten“ kann man nicht sprechen, weil das Moment des Urteilens im „Nennen“ nicht mehr zu erkennen ist.

In vielen Beziehungen entspricht das Phänomen der „Hypermetamorphose“ Wernickes[1]); jedoch würde diese den weiteren Begriff bezeichnen; auch ist die Auffassung der Wahrnehmungsvorgänge als einer „Metamorphose“ sprachlich zu unverständlich, als daß sie allgemein empfohlen werden könnte.

Der Begriff der „Hyperprosexie“[2]) umfaßt noch viele andere Erscheinungen, die sich wesentlich von dem hier beschriebenen Phänomen unterscheiden.

Wir fügen nun noch einige Bemerkungen über die klinische Bedeutung des Symptomes hinzu:

Das Nennen war bei T. als katatonische Krankheitserscheinung aufgefaßt worden, noch bevor stereotypes Schreien und Bewegungsstereotypien deutlicher nach dieser Richtung hinwiesen. Diese Auffassung war durch den Vergleich mit einem Symptome zustande gekommen, welches ebenfalls bei katatonisch Kranken beobachtet worden ist, dem Symptome des Abtastens. Um ein bestimmtes Beispiel dafür anzuführen, zitieren wir aus dem Krankenbestande der Klinik den besonders charakteristischen Fall der Eva M. 28. I. — 10. XI. 1898, der als typische Katatonie verlaufen ist. Diese Kranke zog vorübergehend die Konturen der in der Nähe befindlichen Gegenstände nach, indem sie diese spielend nach allen Richtungen hin abtastete. In diesem Abtasten (nicht nur Berühren!) der Gegenstände beobachten wir auf motorischem Gebiete eine Erscheinung, welche als analog der oben beschriebenen sprachlichen aufzufassen sein dürfte. Sie bietet ein interessantes Beispiel für die psychologische Tatsache, daß bei der Vorstellung von Gegenständen Innervationsempfindungen mitwirken. Ferner besteht, wie bei den Nennungen, so auch beim Abtasten ein Zwang, der nicht mit dem Widerstande der Gesamtpersönlichkeit verknüpft ist, also nicht einen Zwangszustand im engeren Sinne darstellt.

Gewisse Beziehungen zu beiden Symptomen weist die Krankengeschichte eines dritten Patienten auf: C., über 50 Jahre alt, ist gegen Ende der dreißiger Lebensjahre an einem heftigen Erregungszustande erkrankt, der nach einigen Tagen vorüberging. Seit 1904 haben drei

[1]) C. Wernicke, Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen, 1900. S. 212.

[2]) Ziehen, Psychiatrie 1894. S. 84, 86.

Tafel zu „Jaeger: Familiärer Kretinismus".
(Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, hrsg. von Professor Dr. Sommer in Gießen, Bd. I. Heft 1.)



Fig. 1.



Fig. 2.

Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

Tafel zu „Jaeger: Familiärer Kretinismus“.
(Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, hrsg. von Professor Dr. Sommer in Gießen, Bd. I. Heft 1.)



Fig. 3.



Fig. 4.

Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

neue Anfälle stattgefunden, in deren jedem außerordentlich lebhaftes, meist rhythmisches Verbigerieren, zeitweilig heftiges Schreien, zahlreiche Paralogien nnd sprachliche Iterativerscheinungeu stattfanden. Die Nennungen traten hier vorübergehend auf, inmitteu der starken Verbigeration. So zählte C. bei der Aufnahme folgeude (richtige) Wahrnehmungen her: „Großer Schornstein — kleiner Schornstein —. rechts und links Gebäude — Dame iu blauem Umhauge —.“ Auf die Frage: Wie heißen Sie? „Hören Sie mal zu, der Mann kann stenographieren, der hat geholfen, daß ich hier ’reingekommen bin, denn er kramt sogar unter deu Papieren und die Wasserleitnng tröpfelt. Schreiben Sie . . . und es pfeift auf der Bahn und . . . man hnstet . . . und die Wasserleitung tröpfelt, man marschiert . . . man kommt . . .“ „An dem Tage, an dem ich dureh einen unglücklichen Znfall eine Mücke sehe . . . das kriegt die Kgl. Staatsanwaltschaft. Was schreiben Sie denn noch . . . es ist doch schon alles telephoniert . . . ist das ein Protokoll . . . ein Türchen geht . . .“ (Frage: Wer bin ich?) „Ich hab’s Ihnen gesagt . . . uud da heißt’s den Thermometer sehen wir . . .“ — Das Abtasten äußerte sich in der Weise, daß er die Umrisse des eigenen Körpers, sowie Striche, welche sich an der Wand befanden, mit der Hand nachzog.

Der Fall gehört derjenigeu Gruppe von Kraukheitszuständen an, in welcher die zahlreicheu Beziehungen zwischen Katatonie nnd periodischen Erregungen auf psychogener Grundlage eine bestimmte Differenzierung nieht immer gestatten. Die klinisch beobachteten Anfälle tragen jedenfalls in überwiegendem Maße katatonisches Gepräge. Was das Nennen nnd Abtasten anbelangt, so besteht ein Unterschied gegenüber den Nennuugen des T. dann, daß sie bei C. nur in Znständen starker verbaler nnd motorischer Erregung aufgetreten sind. Ein allgemeiner Mangel komplexer Auffassung tritt hier nicht so deutlich hervor; immerhin findet sich ein Umstand, der auch nach dieser Richtung hinweist, und in folgenden Mitteilungen der C.schen Krankengeschichte niedergelegt ist (zehn Tage nach Abklingen der Erregung): „Nebensächliches und Hauptsächliches wird ohne jede Plastik mit gleicher Wichtigkeit eingehend behandelt.“ Es besteht „außerordentlicher Rededrang, zu dessen Befriedigung Patient häufig harmlose nebensächliche Bemerkungen aufgreift“; (weitere vier Wochen später, knrz vor der Entlassung:) Patient „behandelt alles, selbst die gleichgültigsten Dinge, mit gleicher Wichtigkeit“.

Es sei nun noch darauf hingewiesen, daß beide Zustände auch bei paranoischen Demenzzuständen vorkommen können. Für das Nennen sei folgendes Beispiel angeführt:

C. Q. (aufgenommen im April 1905) äußerte Verfolgungsideen, des Inhalts, er solle nachts in eine Kiste gepackt und lebendig be-

graben werden. Eines Tages erklärte er, er habe ein Stück Fleisch in die Küche tragen gesehen, das „nicht schön“ war; darauf in die Küche geführt, deutete er auf eine Anzahl der dort befindlichen Gegenstände und benannte sie, ohne Erläuterung und ohne daß er betreffs ihrer gefragt worden war: „Das ist Schmierseife“, „eine leere Taunusflasche“, „die Schüssel“, „das ist das Ochsenfleisch.“ Anscheinend lagen diesen Äußerungen Verfolgungsvorstellungen zugrunde, wenn freilich auch ihre besondere Art mehr auf Demenz deutet, die noch in anderen Punkten bei diesem Kranken hervortrat.

Bei paralytischer Demenz finden Nennungen ebenfalls statt, jedoch handelt es sich dann meist um Erscheinungen des sprachlichen Zerfalls.

Wir fassen nun zum Schluß diejenigen Punkte, welche uns am Symptome der Nennungen als die wesentlichen erscheinen, folgendermaßen zusammen:

Sinnliche Wahrnehmungen werden ohne affektiven oder assoziativen Inhalt zwangsmäßig ausgesprochen, ohne daß dieser Zwang subjektiv als solcher bewußt wird. Gleichzeitig besteht eine mehr oder minder hochgradige Schädigung der Fähigkeit der Auffassung von Komplexen.

Dem Symptome der Nennungen wesensgleich ist das des Abtastens.

Beide Symptome deuten nach unseren Beobachtungen, wenn sie in ausgeprägter Weise vorhanden sind und die oben genannten Eigenschaften aufweisen, auf katatonische Zustände.

---

V.

# Geistesschwäche bei psychogener Neurose mit Bezug auf § 6, 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Von R. Sommer, Gießen.

Die Beurteilung der Frage, ob sich auf dem Boden der psychogenen Neurose (Hysterie) ein Zustand von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche entwickelt hat, macht im Hinblick auf das Strafgesetzbuch (§ 51) und das Bürgerliche Gesetzbuch (§ 6, 1) vielfache Schwierigkeiten. In bezug auf das erstere liegen die Verhältnisse am ungünstigsten, da in diesem der Mittelbegriff zwischen Geisteskrankheit und geistiger Gesundheit, den wir im Bürgerlichen Gesetzbuch jetzt in der Kategorie der Geistesschwäche haben, noch fehlt.

Aber auch in bezug auf letzteres ist der Grad der psychischen Abnormitäten bei der psychogenen Neurose öfter nicht leicht zu erkennen.

Dabei ist ersichtlich, daß die abnorme Beeinflußbarkeit, welche die psychogene Neurose charakterisiert, an sich ein Moment geistiger Schwäche enthält, die jedoch besonders bei erhaltener Selbstkritik und Selbstkorrektur nicht so hochgradig zu sein braucht, um die Anwendbarkeit des § 6, 1 BGB. zu erlauben.

Das folgende Gutachten soll in diesen Gedankenkreis einführen.

Frau J. W., Witwe, geborene M., alt 58 Jahr, wohnhaft in E., wurde von dem Unterzeichneten am 13. VII. 1904 in Gießen psychiatrisch und neurologisch untersucht.

Es handelt sich im Hinblick auf § 6, 1 des BGB. um die Frage, ob Frau W. infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Den Ausgangspunkt unserer Untersuchung bildet die Tatsache, daß Frau W., damals in zweiter Ehe als Frau J. C. vom 19. VIII. 85 bis 4. VIII. 1886 also in ihrem 41. Jahr in der Irrenanstalt in I. wegen Geistesstörung behandelt worden ist.

Wir stellen zunächst nach den Akten dieser Anstalt fest, welcher

Art ihre damalige Störung gewesen ist. Nach dem ärztlichen Gutachten des damaligen Kreisarztes Dr. O. von C. vom 5. VIII. 1885 war die Vorgeschichte zur Verbringung in die Anstalt folgende:

Seit einem halben Jahre zeigte die damals 40jährige Frau Menstruationsstörungen. „Die ersten Symptome der Geisteskrankheit lassen sich der Zeit nach nicht sicher bezeichnen, auch gegen die angenommene Hysterie schwer abgrenzen.“ „Bekümmert sich nicht mehr um ihren Haushalt.“ Bezüglich der Symptome der geistigen Störung wird auf die Anlage verwiesen. Diese besteht in einem Schreiben des Herrn Dr. W. in C. vom 3. VIII. 1885. „Frau J. C. geb. M. leidet seit etwa zwei Monaten an einer Störung der psychischen Tätigkeit, welche zunächst wegen zeitweiliger, für die eigene Person, wie die Umgebung mit Gefahr verbundener Aufregungszustände, demnächst aber auch um ein Heilverfahren einzuleiten, das außerhalb einer Anstalt nicht durchführbar, die alsbaldige Aufnahme der Patientin in ein geeignetes Krankenhaus erfordert. Frau C. war im letzten Winter wegen eines Uterinleidens und Erscheinungen der Hysterie in Behandlung des Herrn Oberstabsarztes O., hielt sich sodann während eines Monates in der Anstalt K. auf, um seit Anfang August laufenden Jahres meine Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das hervortretendste Symptom bildeten permanente Schlaflosigkeit und nervöse Sensationen und Gemeingefühlsstörungen mit dem Charakter der Angst. Patientin lebt in Todesangst, fühlt sich im Kopfe „verwirrt,“ unfähig zu denken, das leiseste Geräusch in der Umgegend läßt sie angstvoll zusammenfahren und ist mit qualvollen Empfindungen im Unterleibe und Herzgegend verknüpft. Meist ist Patientin in solchem Grade von ihren Empfindungen beherrscht, daß sie auf die Umgebung nicht hört, nicht antwortet und sich gegen alles abwehrend verhält. Zu anderer Zeit erhält man vernünftige Antworten, sofern die Unterhaltung sich nicht auf die Person und die Krankheitszustände der Patientin bezieht.“ „Gestern drohte Patientin aus dem Fenster zu springen, wußte sich in Besitz einer Schußwaffe zu setzen und feuerte sechs Schüsse ab, ohne, außer Zertrümmerung des Mobiliars Schaden anzurichten. Über die Motive dieser Handlung befragt, gibt sie an, es sei nur eine „Probe“ gewesen oder sie wisse von nichts, sie sei ganz außer sich gewesen.“

Dieser Bericht gibt das Bild von Depressions- und Erregungszuständen auf nervöser (hysterischer) Grundlage, die sich allmählich aus nervösen Störungen gesteigert und hieraus entwickelt haben. Die Erfahrung lehrt, daß solche Erkrankungen sehr häufig akute Episoden auf Grund einer dauernd vorhandenen psychisch nervösen Anlage darstellen, daß jene zwar, was den einzelnen schweren Anfall betrifft, heilbar sind, daß jedoch nach ihrem Abblassen eine mehr oder minder große geistige Schwäche hervortritt. Diese braucht jedoch nicht

stets eine so hochgradige zu sein, daß die Voraussetzungen des § 6 des B.G.B. ohne weiteres damit gegeben wären.

Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, daß Frau C. zur Zeit dieser starken Störungen vierzig Jahre alt war und sich schon dem Klimakterium näherte, in welchem erfahrungsmäßig auch scheinbar gutartige Störungen öfter eine ungünstige Wendung in der Richtung des Schwachsinnes nehmen. Es erschien aber im Hinblick auf die damaligen Symptome eine Heilung abgesehen von der psychisch-nervösen Grundanlage möglich, was auch in dem Gutachen des Herrn Dr. W. zum Ausdruck kommt.

Es handelt sich nun um den Verlauf in der Anstalt. Aus der Krankengeschichte hebe ich folgende Punkte hervor. Das Körpergewicht zeigte eine sehr bemerkenswerte Kurve in Form einer Steigung von 85 auf 133 Pfund, in welcher sich körperlich eine fortschreitende Besserung darstellt. Im übrigen ist der Verlauf am besten aus dem von Herrn Medizinalrat Dr. H. am 15. September 1886 zu dem Antrag auf Wiederaufhebnng der Entmündigung abgegebenen Gutachten zu erkennen. Verfasser schildert das Verhalten in der Anstalt folgendermaßen:

„In der Anstalt wurde Rubrikatin auf die Überwachungsabteilung verbracht, blieb zu Bett, aß von Anfang an regelmäßig, klagte viel über körperliche Beschwerden, besonders über Schmerzen im Kopf, Rücken und Unterleib, sprach stets nur flüsternd und war in der ersten Zeit ihres Hierseins fortwährend von Zweifelsucht gepeinigt, quälte sich mit der Idee, daß sie dem Arzt über ihr Leiden keine richtigen Angaben gemacht und daß deshalb ihre Behandlung eine verfehlte sei, daß sie nicht schlafen könne, weil sie die richtige Zeit zum Einschlafen verpaßt habe und dergleichen mehr. Sie zeigte beim Sprechen lebhafte Mitbewegungen der Gesichtsmuskulatur und Zittern der Hände, äußerte wiederholt: ihr Leib sei leer, wie tot, sie habe keine Gebärmutter mehr, es wäre am besten, wenn sie tot wäre usw.“ Bei zweckmäßiger Behandlung „besserte sich zusehends das körperliche Befinden und gleichzeitig auch der geistige Zustand der Kranken.“ „Die Zweifelsucht verschwand, die Stimmung wurde eine mehr heitere, die Lebenslust erwachte wieder bei der Kranken. Der seit Frühjahr 1885 ausgebliebene Monatsfluß trat im Januar 1886 erstmals wieder ein und blieb die Periode von da ab bis zur Entlassung aus der Anstalt regelmäßig. Gleichzeitig mit der zunehmenden Besserung des körperlichen Befindens machte die Besserung des Geisteszustandes der Rubrikatin Fortschritte. Sie sprach sich über ihre Krankheit in klarer Weise aus, zeigte Interesse für ihre Umgebung, begann eine von da ab regelmäßige Korrespondenz mit ihren Angehörigen und konnte bereits Ende November 1885 in eine Abteilung für ruhige Kranke verlegt werden, woselbst von jener Zeit ab ihr Verhalten ein den Verhältnissen angemessenes blieb. Von

dieser Zeit ab zeigte die Kranke deutliche Störungen der Intelligenz nicht mehr. Es bestand zu jener Zeit allerdings noch eine auffallend reizbare Gemütsstörung, die sich in launischem Wesen kund gab, sie geriet damals noch bei verhältnismäßig geringfügigen Veranlassungen in unverhältnismäßige Erregung, zeigte z. B. bei Besuchen der Angehörigen unverkennbare *gemütliche Schwäche* und *Empfindlichkeit*, nahm auch körperliche Beschwerden, besonders insofern solche mit ihrem wesentlich gebesserten, doch nicht völlig gehobenen Uterinleiden in Zusammenhang standen, in hypochondrischer Weise schwer auf und bedurfte fortwährend sehr rücksichtsvoller, schonender psychischer Behandlung. Es waren demnach, als deutliche Störungen der Intelligenz nicht mehr da waren, noch Zeichen von *psychisch-nervöser Erreglichkeit* vorhanden, die zu dem Grundleiden gut passen. „Letztere Symptome erwähnten wir in unserem vorläufigen ärztlichen Zeugnis als eine Reihe bei der Entlassung der Rubrikatin aus der Anstalt noch fortbestehender Erscheinungen."

Das Gutachten gelangt zu dem Satz, „daß Rubrikatin in den letzten Monaten ihres Aufenthaltes in hiesiger Anstalt Störungen der Intelligenz, sowie überhaupt eine durch krankhafte Geistesstörung bedingte Unfähigkeit, über sich und ihre Handlungen frei zu verfügen, nicht gezeigt hat."

Allerdings wird dabei noch bemerkt, daß „in Fällen von der speziellen Beschaffenheit des vorliegenden nur dann ein sicheres ärztliches Urteil abgegeben werden kann, wenn die Möglichkeit besteht, neben dem *innerhalb* der Anstalt beobachteten Zustand auch dasjenige Verhalten zu berücksichtigen, welches die betreffende Person seit der *Entlassung* aus der Anstalt dargeboten hat und bezw. noch darbietet." Diese Vorsicht ist in solchen Fällen sehr angebracht, weil ein Hauptsymptom der nachgewiesenen nervösen (hysterischen) Erkrankung in der starken *Beeinflußbarkeit* besteht, die auch *ohne deutliche Intelligenzstörungen* sich weiter äußern kann. Faßt man im Sinne dieser Betrachtung die Entlassung aus der Anstalt und das weitere Leben der Frau innerhalb dieser als das entscheidende *Experiment* auf, das allein Klarheit über das eventuelle Weiterbestehen krankhafter Momente bringen konnte, so bewiesen die in den Akten enthaltenen Tatsachen deutlich das *Weiterbestehen* von *krankhafter Beeinflußbarkeit* und *Leichtgläubigkeit* als *Symptom* einer *psychisch-nervösen Störung*.

Aus der eigenartigen Lage des Falles bei der Entlassung werden die Widersprüche der ärztlichen Gutachten und der Wechsel des Standpunktes bei den gleichen Gutachtern verständlich.

Infolge des Gutachtens vom 15. September 1886 wurde die Entmündigung aufgehoben, später jedoch wurde durch Beschluß des Amts-

gerichts in C. vom 19. April 1891 Frau J. W. Witwe geb. M. für einen Verschwender erklärt und entmündigt.

Am 24. Januar 1891 wurde der Antrag auf Entmündigung gestellt. Am 8. März 1891 gab Herr Kreisarzt Dr. M. ein Gutachten ab, welches nach den Akten des Amtsgerichts in C. zu dem Schluße kam, „daß die genaue Untersuchung der Rubrikatin nichts hat wahrnehmen lassen, was für das Bestehen einer Geistesstörung bei ihr spräche und an dem Vorhandensein der Dispositionsfähigkeit derselben zweifeln ließe.“

Es wird dabei bemerkt, daß sie „im August 1886 frei von geistiger Störung aus der Anstalt entlassen und daraufhin wieder dispositionsfähig erklärt worden ist.“ Das Gutachten stützt sich also indirekt auf das frühere Urteil des Medizinalrat Dr. H. Bei dieser Sachlage wurde Frau W. vom Amtsgericht C. für einen Verschwender erklärt und entmündigt.

Die Voraussetzungen dieses Beschlusses waren folgende:

1. Das unter dem 22. Januar 1886 zu 120000 Mark bewertete Vermögen der Frau W. hat sich auf 70000 Mark verringert und in der Qualität verschlechtert.

2. Frau W. läßt in der Art und Weise, wie sie die wichtigsten Vermögensfragen behandelt einen in unbegreiflicher und fast krankhafter Vertrauensseligkeit sich kundgebenden Mangel an Einsicht in den wirklichen Stand der Dinge erkennen, einen Mangel, welcher der Geistesschwäche sich nähert.

3. Sie verlangt bei Darlehen keine Sicherheit, oder sie fordert solche, ist aber dann bei einem Schriftstück, das nicht die geringste Sicherheit bietet, beruhigt, und tut auch später, nachdem sie dies erfahren hat, keinerlei Schritte, um eine wirkliche Sicherheit zu erlangen.“

Wer die psychiatrische Vorgeschichte und die klinischen Tatsachen kennt, erkennt in den juristischen Feststellungen sogleich den Grundzug der krankhaften Beeinflußbarkeit, welche diejenige Psychoneurose charakterisiert, auf Grund deren ihre stärkere Störung im Jahre 1885 ausgebrochen war.

Die Ereignisse, die zwischen der Entlassung aus der Anstalt und dieser neuerlichen Entmündigung liegen, sind folgende:

Nach dem Tode des zweiten Ehemanns C., der am 31. Dezember 1886 gestorben war, verlobte sie sich im August oder September 1889 mit Herrn W. Bis dahin hatte sich die Frau W. in allen geschäftlichen und Familienangelegenheiten an ihren Bruder gewendet, so daß das Vorhandensein einer selbständigen Entschließungsfähigkeit in diesen drei Jahren nach der Entlassung aus der Anstalt nicht feststellbar ist. Anfangs März 1890 starb der dritte Mann durch Selbstmord. Über ihr

Verhalten nach dem plötzlichen Tode des dritten Ehemanns ist folgendes festgestellt:

Unmittelbar nach dem tragischen Ableben des dritten Ehemannes von ihrer Mutter in G. besucht, der man geschrieben hatte, Frau W. verlasse das Bett nicht mehr, mache ihr Haar nicht mehr, sei ganz außer sich, erscheint sie ganz wohl und so guter Laune, daß sie schon in den nächsten Tagen der Mutter den gemeinsamen Besuch eines großen Vergnügungslokales vorschlägt. Einige Wochen nach dem Tode des dritten Mannes fällt es der Schwester auf, daß Frau W. auf der Straße sich fortwährend nach den Herren umsieht. — Mutter und Schwester geben an, daß Frau W. schon in der Jugend stets sehr aufgeregt gewesen sei, später exzentrisch, immer habe sie sich auffallend rasch verlobt.

Die Regelung der aus der dritten Ehe stammenden Schwierigkeiten war noch nicht vollendet, als sich Frau W. anschickte, ihre vierte Ehe einzugehen und sich mit einem Herren B. verlobte. Hiervon durch den Schwiegersohn der Frau W. benachrichtigt, ersuchte der Bruder die letztere um Aufklärung, erhielt aber damals die Antwort, an der Sache sei nichts, es sei ein leeres Geschwätz. Erst einige Monate später teilte dann Frau W. dem Bruder, wie schon erwähnt, mit, daß sie bereits seit sechs Monaten mit B. verlobt sei. Sie hatte also den Bruder belogen gehabt. Herrn B. hatte sie ein Darlehen von 15000 Mark gegeben, während sie dem Bruder ein Darlehen von 18000 Mark kündigte.

Betrachtet man diesen Herrn B. näher, so erscheint derselbe als eine übelbeleumdete Person von dunkler Vergangenheit und ohne jedes Vermögen. Man sagte dies der Frau W. und sofort erwiderte sie: das seien alles Verleumdungen, ihr Verlobter sei eine edle Seele und ein durchaus ehrenhafter Mann, sie habe denselben während ihrer Verlobungszeit als eine edle Seele kennen gelernt, sie beabsichtige ihn jetzt, da die Probezeit abgelaufen sei, zu heiraten und werde sich von niemand abhalten lassen. Als Sicherheit für das obenerwähnte Darlehen von 15000 Mark sei ihr von ihrem Verlobten nachträglich ein mit fünf Siegeln verschlossener Brief eingehändigt worden, welcher das Geheimnis der Reginametallfabrikation enthalte; er (der Verlobte) habe dieses Geheimnis um den Betrag von 25000 Mark an einen Engländer verkauft, der jetzt in seinen Diensten stehe; das genannte Metall werde in P. in der Fabrik eines gewissen Herrn T. hergestellt. Die amtliche Nachfrage ergibt, daß in P. weder eine Fabrik T. besteht noch der Verlobte der Frau W. — Herr B. bekannt sei. Auch dies wird Frau W. mitgeteilt. Sie legte aber auch hierauf nicht das geringste Gewicht und ebensowenig, wie vorher, empfindet sie jetzt das Bedürfnis, sich Gewißheit zu verschaffen. Frau W. ist also hier einem groben Heiratsschwindel zum

Opfer gefallen, der für einen einigermaßen besonnenen Menschen bei der seltsamen Art der Vortäuschungen leicht zu durchschauen gewesen wäre. Und zwar erweist sie sich hierbei nicht nur als krankhaft leichtgläubig, sondern hält auch nach erbrachtem Nachweis des Schwindels an ihren Einbildungen fest.

Dieses Verhalten erscheint nun nicht mehr bloß als Zeichen starker Beeinflußbarkeit sondern vielmehr eines ausgeprägten Schwachsinns mit den doppelten Zügen der starken Suggestibilität und Kritiklosigkeit.

Dementsprechend gelangt derselbe Gutachter, der im Jahre 1886 das obenerwähnte Urteil gefällt hatte, nunmehr am 5. Januar 1891 zu dem Schluß, daß Frau W. geisteskrank sei.

Faßt man den Inhalt dieses Gutachtens mit den früheren Beobachtungen zusammen, so ergibt sich, daß die weitere Lebensführung der Frau für ein Fortbestehen der im Jahre 1885/86 akut hervorgetretenen geistigen Störungen spricht.

Allerdings ist zu beachten, daß Frau W. ein schreckhaftes Ereignis durch den Selbstmord des dritten Mannes durchgemacht hatte, welches leicht dazu führen konnte, daß die bestehende psychisch nervöse Anlage von neuem sich vorübergehend in einer starken Störung äußerte. Jedoch ist ersichtlich, daß auch nach der ersten heftigen Erregung der Frau über den Tod des Mannes sich gerade in den erwähnten Einzelheiten die Züge geistiger Schwäche deutlich erkennen lassen, und daß diese noch nach einer Reihe von Monaten klar hervortreten. Somit kann es sich um eine blos vorübergehende Erregung nach dem tragischen Ereignis nicht handeln, sondern um das immer deutlichere Hervortreten von krankhafter Beeinflußbarkeit und Kritiklosigkeit. Was das ärztliche Urteil betrifft, so ist klar, daß dieses bei dem günstigen Verlauf in der Anstalt die Möglichkeit einer völligen Heilung der Frau im Auge hatte, während es unter der Last der Tatsachen ihres Lebens außerhalb der Anstalt später zusammensank.

Infolge dieses Gutachten wurde Frau W. 1891 wegen Geisteskrankheit entmündigt.

Die gleiche Auffassung hält der Gutachter in einem Zeugnis vom 27. April 1893 aufrecht.

Nach Einführung des BGB. wurde am 28. April 1900 der Antrag auf Aufhebung der Entmündigung gestellt. In dem Gutachten vom 9. Juni 1900 kommt Herr Med.-Rat M. zu dem Schluß, „daß bei der Entmündigten noch derselbe krankhafte Zustand von geistiger Schwäche besteht, wie zur Zeit ihrer Entmündigung in 1891 und daß sie daher als geistesschwach im Sinne des § 6 des BGB. zu erachten ist“.

Dieses Gutachten enthält inhaltlich eine Korrektur des am

8. März 1891 abgegebenen Urteils. Der Verfasser hat offenbar die gleiche Wandlung durchgemacht, die in der Veränderung des Standpunktes bei Herrn Med.-Rat. H. deutlich hervorgetreten ist. Die Annahme einer völligen Heilung der Frau in der Anstalt im Jahre 1885/86 hat sich durch die Ereignisse ihres Lebens als irrtümlich erwiesen, so daß diesen Tatsachen gegenüber auch Herr Med.-Rat Dr. M. sein Urteil modifizieren mußte.

Am 25. Januar 1901 wurde der gestellte Antrag auf Aufhebung der Entmündigung zurückgewiesen und angeordnet, daß die Entmündigung wegen Geisteskrankheit in eine solche wegen Geistesschwäche überzuleiten sei.

Am 27. Februar 1901 stellte der Vertreter der Frau W. von neuem den Antrag auf Aufhebung der Entmündigung. Es wurde darauf die Einholung eines sachverständigen Gutachtens durch Herrn Professor Dr. U. beschlossen, in dessen Anstalt sie vom 21. Januar bis 21. Februar 1902 untersucht wurde. Dieser gelangte in seinem am 26. März 1902 abgegebenen Gutachten zu dem Schluß: „Die Witwe W. leidet an Schwachsinn in einem Grade, welcher als Geistesschwäche im Sinne des § 6 BGB. zu bezeichnen ist. Sie ist wegen Geistesschwäche nicht imstande, ihre Angelegenheit zu besorgen, insbesondere ihr Vermögen zu verwalten.“

Aus der Begründung heben wir folgendes hervor: „Die Art und Weise, wie sie sich über etwaige jetzige und künftige Heiratspläne äußert, läßt darüber keinen Zweifel, daß sie weder solche aufgegeben hat, noch über die Angemessenheit und Realisierbarkeit solcher zu einer zutreffenden Einsicht und Selbsterkenntnis gelangt ist. Steht sie doch nicht an, in den ihren Wünschen entgegenstehenden Auffassungen ihrer Familie nur den Ausdruck von Eigennutz zu erblicken. Wie haltlos und widerstandslos sie auch jetzt noch in Gefahr ist, dem Trieb zum Manne mit allem was sie ist und hat zum Opfer zu fallen, illustriert die auch hier sofort von ihr konstruierte, durch kombinatorische Verwertung von krankhaften Eigenbeziehungen gestützte Herzensneigung zu einem jungen Arzte des Hauses.“

Dieser Zug krankhafter Einbildung ist also noch 1902 in der Anstalt selbst hervorgetreten.

Das Gutachten schließt sich in allen wesentlichen Punkten dem am 9. Juni 1900 abgegebenen des Herrn Kreisarztes Dr. M. in C. an unter offener und sachlicher Selbstkorrektur in bezug auf ein früher vom gleichen Gutachter in einem Zivilprozeß am 20. Dezember 1896 abgegebenes Gutachten, wonach genügende Anhaltspunkte zur Annahme einer krankhaften Geistesschwäche bei Frau W. nicht vorlagen.

Wir sehen also wie auch dieser sehr erfahrene Gutachter ebenso wie früher Herr Medizinalrat Dr. H. und Herr Kreisarzt Dr. M. seine

Auffassung der Frau W. unter dem Eindruck der Lebenstatsachen korrigiert, ein Vorgang, der uns selbst zur Warnung bei der Beurteilung dienen muß.

In dem Urteil des Landgerichts in C. vom 9. Mai 1902 wird sodann die Klage auf Aufhebung der Entmündigung abgewiesen. Es erfolgte darauf am 2. Juni 1902 Berufung bei dem Oberlandesgericht, welches durch das Urteil vom 20. November 1902 wegen Unterlassung der persönlichen Vernehmung der Klägerin unter Zuziehung eines oder mehrerer Sachverständiger und wegen Unterlassung der Beiladung der Antragstellerin, die Sache an das Gericht erster Instanz zurück verwies. Im Laufe des weiteren Verfahrens gab Herr Medizinalrat M. am 11. VIII. 1903 ein neues Gutachten ab, welches zu folgendem Schluß kommt: „Bei den, wie in den obigen Ausführungen dargelegt, noch vorhandenen intellektuellen Defekten, insbesondere der bestehenden Urteilsschwäche und der aus der geistigen Unzulänglichkeit sich ergebenden und bewiesenen Kritiklosigkeit und leichten Beeinflußbarkeit der Rubrikatin glaubt der Unterzeichnete sein Urteil in dem Sinne seines Gutachtens von 1900 dahin abgeben zu sollen, daß Frau W. wegen Geistesschwäche nicht befähigt ist, ihre Angelegenheiten selbständig zu besorgen." Durch Beschluß des Landgerichts vom 20. Oktober 1903 wurde darauf die Klage auf Aufhebung der Entmündigung wiederum abgewiesen.

Unter dem 16. November 1903 erfolgte hingegen von neuem Berufung an das Oberlandesgericht. Am 23. April 1904 erfolgte der Beschluß, daß Frau W. in meiner Gegenwart vor dem Berufungsgericht am 11. Juni vernommen werden solle, worauf am 13. Juni 1904 die Untersuchung in der Klinik vorgenommen wurde.

Im Hinblick auf die dargestellte Vorgeschichte muß demnach angenommen werden, daß Frau W. nach der 1886 in ihrem 41. Jahr erfolgten Entlassung aus der Irrenanstalt sich mindestens bis 1902 in einem Zustande von Geistesschwäche befunden hat, welche die wesentlichen Züge der 1885/86 durchgemachten Geistesstörung noch aufwies und die sich mindestens in der Periode nach dem Tode des dritten Mannes wieder so stark gesteigert hat, daß der damalige Gutachter das Bestehen von Geisteskrankheit feststellte.

Wir gelangen hierbei zu einer Auffassung, welche den Erfahrungen über den Verlauf solcher Störungen völlig entspricht. Bei dieser Sachlage handelt es sich bei der jetzigen Untersuchung methodisch um die Frage, ob noch Symptome von Geistesstörung bzw. Geistesschwäche vorliegen oder ob eine völlige Genesung eingetreten ist. Hiergegen spricht zunächst die bisherige Verlaufsart, welche nach der Entlassung mindestens vom Jahre 1886 bis 1902 Störungen verschiedenen Grades bei der Frau aufweist.

Wir gehen nun auf das Resultat der am 13. Juni 1904 in der Klinik vorgenommenen Untersuchung der Frau W. ein, welche in mehrfacher Beziehung durch die Unterredung bei dem Termin in C. am 11. Juni 1904 ergänzt wird. Frau W. erscheint besonnen und gibt bereitwillig Auskunft. Sie sei 58 Jahre, in N. geboren, evangelisch. Die Mutter soll eine geb. H. aus T. gewesen sein. Sie habe noch vier Geschwister, eines ist im Alter von 49 Jahren gestorben, eines wenige Wochen alt. Der Vater hatte drei Brüder und drei Schwestern. Sie ist in guten Verhältnissen aufgewachsen. Die Mutter starb 1860, als die Tochter in Pension in N. war. Sie blieb in dieser $2^1/_2$ Jahre bis Herbst 1862. Sie hat dreimal geheiratet, nämlich:

1. Herrn N. in H. 1867, gest. 9. Oktober 1873.

2. Herrn C., 1875, also zwei Jahre nach dem Tode des ersten Mannes. C. starb am 31. Dezember 1886, sie war also mit ihm elf Jahre verheiratet.

3. Herrn. W., 1890, gestorben durch Selbstmord am 3. März 1890.

Als Grund für die bald darauffolgende Verlobung (mit dem Schwindler B.) gibt sie an, sie habe jemanden wegen ihres damals 16jährigen Sohnes zur Seite haben wollen. Der Antrag, den Herrn B. zu heiraten, sei ihr durch einen Vermittler S. gemacht worden. Sie war damals 44 Jahre alt.

Über ihre späteren Heiratsangelegenheiten gibt sie an: 1893 sei ihr ein vermögender Mann angetragen worden. 1895 erhielt sie Anträge eines Offiziers. 1897 habe sie sich nach den Verhältnissen des Herrn Prof. Dr. M., der sie begutachtet hatte, umgetan. Sie erkundigte sich auch in Bezug auf Heiratsannoncen. „Wollte sehen, ob näheres an den Sachen ist.“ Es ist erkennbar, daß auch nach dem unglücklichen Erlebnis mit dem B. immer wieder bei ihr Heiratsideen aufgetaucht sind, zum Teil allerdings wohl genährt durch Vermittler, die sich an die Frau herangemacht haben. Vergleicht man diese Züge mit den in Bezug auf die Angelegenheit mit B. festgestellten, so zeigt sich die große Ähnlichkeit der Erscheinungen. Es handelt sich nicht um eine abgeschlossene Lebensperiode, die einer festeren und besonneren Haltung Platz gemacht hat, sondern um einen immer wieder hervortretenden pathologischen Zug, der als Rest der früher bestandenen stärkeren Geistesstörung erscheint.

Die Untersuchung in der Klinik am 13 Juni ergibt weiter folgendes:

Über Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie befragt, gibt sie nur an: Sie sei bleichsüchtig und blutarm gewesen. Kopfschmerzen werden verneint. Sie sei immer schweigsam gewesen. Sie glaubt sich zu erinnern, von ihrer Stiefmutter, die mit ihrer richtigen Mutter verwandt war, gehört zu haben, daß ihre Mutter als Kind von 8 bis 10 Jahren nervöse Anfälle hatte, von welcher Art, weiß sie nicht. Sie

bemerkt spontan, ob es epileptisch gewesen sei, wisse sie nicht. Die Mutter sei als Kind schwächlich gewesen, habe das Unwohlsein schon mit 8—10 Jahren gehabt. Später sei sie gesund gewesen. Sie starb 43 Jahre alt an Herzleiden. Gebeten, die Stiefmutter zu fragen, ob diese sich erinnern könne, sendet sie später einen Brief ein, wonach sich die 77 jährige Dame nicht erinnern kann, jemals die Bemerkung gemacht zu haben, daß die erste Frau ihres Mannes an Krämpfen gelitten haben soll. Diese sei ein sehr zartes Kind gewesen, sehr frühzeitig entwickelt, aber später eine gesunde kräftige Frau geworden. Es bleibt unaufgeklärt, wie bei dieser Aussage Frau W. zu ihrer Erinnerung gekommen ist.

In Bezug auf den körperlichen, besonders den Nervenzustand der Frau W. ergibt sich folgendes. Normaler Ernährungszustand. Das linke Auge weicht etwas nach außen ab. Das Augenlied hängt etwas herab. Das Gesicht zeigte zuerst kleine rote Flecke, dann eine Röte der Wangen, die bis auf die Ohren überging. Dies erscheint bei der Art des Auftretens als eine *vasomotorische Reizerscheinung*, wie sie bei *Nervösen* häufig ist. Sie gibt an, wenn sie übernächtig sei, einen heißen Kopf zu haben. Pulszahl in der Minute 120—124, mit Pausen zweimal gemessen. Zittern der Finger.

An beiden Unterschenkeln eine ausgebreitete flügelförmige Braunfärbung, seit zwei Jahren ausgebildet, vorher vor drei Jahren sei es rot gewesen. Es handelt sich sehr wahrscheinlich um eine durch Nervenwirkung bedingte Pigmentablagerung in bestimmten Bezirken der Haut, eine Art trophischer Störung.

Es sind also mehrere nervöse Erscheinungen bei Frau W. vorhanden.

Die Prüfung der Orientiertheit und der Schulkenntnisse ergibt kein für Geistesschwäche verwertbares Symptom. Es ist auch in der einfachen Unterhaltung über gleichgültige Dinge ein Zeichen von Intelligenzstörung nicht zu erkennen. Um ihre Erinnerungsfähigkeit zu prüfen, werden ihr Bilder mit Darstellung von Reiseszenen fünf Sekunden projiziert und untersucht, wie weit sie dieselben aufgefaßt hat. Es ergeben sich Resultate, die sich von den Durchschnittsleistungen Normaler nicht unterscheiden. Wesentlich anders liegt die Sache, wenn man das Gespräch auf ihre *Lebensführung* und die früheren Ereignisse bringt. Hierbei tritt deutlich ein großer Mangel an Einsicht und eine unrichtige Darstellung der Tatsachen hervor.

Dabei ist es für den pathologischen Grundcharakter der Frau sehr bezeichnend, wie sie alle Vorgänge in harmloser Weise zu erklären und zu entschuldigen weiß. Es ist dies ein bei der Art ihrer früheren *Geistesstörung* durchaus *charakteristisches Symptom*. Diese wird von ihr in der Weise dargestellt, daß die Schlaflosigkeit in den Vordergrund geschoben wird. „Ich war körperlich sehr herunter-

gekommen, nahm keine Nahrung mehr zu mir, weil jedenfalls durch die vielen Schlafmittel, die ich benutzte, mein Magen nichts mehr annehmen wollte. Weil ich über meine Schlaflosigkeit und die Reizzustände so erregt war, ich kein Geräusch mehr ertragen konnte, kam die Sache mit dem Revolver.“

So leitete sie in sehr einfacher Weise alles aus ihrer Schlaflosigkeit ab. Eine große Menge der aktenmäßig festgestellten Erscheinungen werden völlig übergangen. Interessant ist ihre Äußerung über einen Irrtum des behandelnden Arztes. „Med.-Rat Dr. H. hat geglaubt, ich hätte keine Gebärmutter mehr, er hat mich aber falsch verstanden.“ So werden von ihr die hypochondrischen Wahnideen einfach beseitigt. Nach diesen Proben muß man in bezug auf ihre Angaben, soweit diese ihre Motive betreffen, höchst vorsichtig sein, und darf sich durch scheinbar einleuchtende Gründe nicht täuschen lassen. Dies gilt besonders für ihre Erklärung der immer wieder auftauchenden Heiratsideen, die z. Z. angeblich verschwunden sein sollen. Worte sind bei ihr nur ein Mittel, um alle Vorgänge recht harmlos erscheinen zu lassen, während ihrer krankhaft beeinflußbaren Natur auch jetzt nach der Vorgeschichte durchaus nicht zu trauen ist. Ihr Benehmen nach dem Tode des dritten Mannes erklärt sie harmlos so, daß sie Aktien des betr. Etablissements und daher freien Eintritt in dieses gehabt hätten. Ihre Stiefmutter sei Blumenfreundin gewesen. Deshalb habe sie dieser den Vorschlag gemacht, hinzugeben. „Ich wollte keineswegs wegen meines eigenen Vergnügens dorthin gehen.“

So hat sie stets eine harmlose Ausrede, und wenn nicht ihre Lebensführung in den Akten festgelegt wäre, könnte man sich durch diese Findigkeit der Ausreden leicht täuschen lassen. Was das Benehmen auf der Straße betrifft, so sagt sie, die Schwester habe die Gewohnheit gehabt, nach den Männern auf der Straße sich umzusehen, was ihr zuwider gewesen sei. „Meine Schwester hat sich jedenfalls umgesehen und bin ich auch vielleicht stehen geblieben.“ So hat sie auf jeden Vorhalt eine Entschuldigung, was bei pathologischen Naturen dieser Art eine Regel bildet. Daher erscheint es im Zusammenhang nicht als eine feste Entschließung sondern als eine Entschuldigungsrede für die Gegenwart, wenn sie sagt: „Ich habe überhaupt nicht vor zu heiraten, selbst wenn die Kinder es wünschen.“ Immerhin sagt sie auch jetzt noch: „Es wäre vielleicht gut, wenn ich verheiratet wäre, aber ich will es doch nicht mehr tun; ich habe so schlimme Erfahrungen gemacht, daß ich die Lust schließlich verloren habe.“

Auf Grund der Vorgeschichte und bei der ganzen Art ihrer sie selbst betreffenden Aussagen bin ich überzeugt, daß es sich nur um Worte handelt, denen nach eventueller Aufhebung der Entmündi-

gung Handlungen im Sinne ihrer seit der Geistesstörung im Jahre 1886 bestehenden krankhaften Beeinflußbarkeit folgen würden. Es läßt sich also in diesem Falle zwar mit den obengenannten Methoden der Nachweis von Intelligenzstörung nicht führen, trotzdem sind die Züge der Geistesschwäche und krankhaften Beeinflußbarkeit unverkennbar.

Die Sachlage ist also zur Zeit eine ganz ähnliche wie bei der Entlassung aus I. im Jahre 1886. Auch damals war abgesehen von Erreglichkeit und nervösen Zügen Geistesstörung nicht mehr zu erkennen, so daß infolge des ärztlichen Gutachtens Aufhebung der Entmündigung erfolgte. Die weitere Lebensführung der Frau hat jedoch erwiesen, daß eine völlige Heilung nicht eingetreten war, sondern daß entsprechend dem Grundcharakter ihrer psychisch-nervösen Störung eine krankhafte Beeinflußbarkeit und Kritiklosigkeit weiter bestanden hat, welche besonders in der Angelegenheit mit dem B. zu erheblicher Schädigung ihres Vermögens und ihrer ganzen Verhältnisse geführt hat.

Das Leben hat die Entscheidung der diagnostischen Frage, die bei der Entlassung im Jahre 1886 vorhanden war, ob Heilung eingetreten sei oder nicht, im letzteren Sinne entschieden.

Dadurch gewinnen die jetzt vorhandenen nervösen Reizerscheinungen eine viel größere Bedeutung, als sie ohne diese klare Vorgeschichte haben würden: Sie sind ein Zeichen, daß die zugrunde liegende nervösen Erreglichkeit trotz des äußerlich ruhigen Benehmens unverändert weiter besteht.

Dazu kommt noch die Überlegung in bezug auf ihr Alter. Frau W. war zurzeit ihrer Entlassung aus der Anstalt 40 Jahre, zurzeit ihrer vierten Verlobung 44 Jahre, gegenwärtig ist sie 58, nähert sich also dem Alter, in dem senile Erscheinungen auftreten. Daß eine hysterische Geistesschwäche, die nach einer im 41. Jahre durchgemachten schweren akuten Psychose eine lange Reihe von Jahren sicher vorhanden war, mit zunehmenden Alter verschwinden soll, spricht durchaus gegen die Erfahrung.

Demnach würde die Aufhebung der Entmündigung mit großer Wahrscheinlichkeit zu dem gleichen Resultat führen, wie es nach der 1886 erfolgten Aufhebung immer deutlicher zu Tage getreten ist.

Ich komme also zu folgenden Schlußsätzen:

1. Frau W. hat im Jahre 1885/86 eine schwere geistige Störung auf psychisch-nervöser (hysterischer) Grundlage durchgemacht.

2. Trotz Besserung einzelner Symptome ist eine völlige Heilung nicht eingetreten.

3. Die bei ihren mehrfachen Heiratsplänen hervortretende Be-

einflußbarkeit und Kritiklosigkeit sind Symptome der nach der Entlassnng aus der Anstalt seit 1886 imgrunde weiter bestehenden Störung.

4. Die krankhafte Beeinflußbarkeit der Frau ist geeignet, zu einer weiteren Schädignng der Vermögensverhältnisse zu führen, falls die Entmündigung aufgehoben wird.

5. Die psychiatrisehen Voraussetzungen der Entmündigung nach § 6, 1 des BGB. sind daher im Sinne der Geistesschwäche bei Frau W. gegeben.

---

VI.

# Ein Fall von Neubildung des Kleinhirns mit psychischen Symptomen.

Von Assistenzarzt **Dr. Kurt Berliner,** Gießen.

---

Bei den im Schädelinnern entstehenden Neubildungen sind Störungen des Seelenlebens keine Seltenheit; ja wir sehen psychische Krankheitsbilder, die sich symptomatologisch von bestimmten funktionellen Geisteskrankheiten wenig unterscheiden, als Ausdruck einer Störung im Zentralorgan durch eine pathologisch-anatomisch nachweisbare Veränderung.

Daß solche Fälle nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch von größter Bedeutung sind, ist bekannt. Sind wir doch heute dank den Fortschritten der Hirnchirurgie bisweilen imstande, den Kranken durch eine Operation zu nützen.

Natürlich kann nur eine möglichst genaue Bestimmung des Sitzes der Neubildung die Basis zum chirurgischen Handeln bieten. Diese ist nur möglich durch eine sorgfältige Analyse des Krankheitsbildes.

Auch in dem Falle von Kleinhirntumor, der uns im folgenden beschäftigen soll, wurde eine chirurgische Inangriffnahme in Aussicht genommen.

Leider starb der Patient an dem Tage, an dem die Angehörigen die Operationsgenehmigung erteilten.

Die Einreihung einer Darstellung dieses Falles in die vorliegende Sammlung erscheint uns deshalb wichtig, weil er in diagnostischer Hinsicht lehrreich ist und außerdem einige interessante Besonderheiten bietet.

Ich beginne mit der Mitteilung der Krankengeschichte.

Der 28jährige Arbeiter P. J. wurde Anfang August 1905 wegen „eines heftigen Aufregungszustandes mit Gewalttätigkeiten gegen die Umgebung“ in die Klinik aufgenommen.

Vom Patienten selbst und dessen Frau wurde folgende Anamnese erhoben:

Hereditäre Belastung ist nicht nachweisbar. J. entsinnt sich nicht,

je ernstlich krank gewesen zu sein: Lues und Alkoholmißbrauch werden verneint. Patient diente 1899—1901 und absolvierte 1903 eine vierwöchige Übung.

Die ersten Symptome der Erkrankung stellten sich etwa im November vorigen Jahres ein. Jeden Morgen heftige Kopfschmerzen mit Erbrechen, die erst gegen Mittag nachließen. J. mußte damals längere Zeit das Bett hüten, bis sich sein Befinden allmählich besserte. Er konnte, wenn auch oft mit großer Mühe, wieder arbeiten, mußte dies allerdings häufig unterbrechen, sobald sich die immer wiederkehrenden Kopfschmerzen verschlimmerten. Fast stets trat gleichzeitig mit solchen Exacerbationen Erbrechen ein.

Etwa Mitte Juli 1905, also ca. acht Monate nach den ersten Krankheitserscheinungen, wurden die Kopfschmerzen besonders heftig. Ferner hatte Patient früh beim Aufstehen große Mühe: er konnte sich zunächst nicht aufrecht erhalten, kam vielmehr wiederholt ins Schwanken, ehe es ihm möglich wurde, ohne Hilfe zu stehen und zu gehen.

Die letzten acht Tage verbrachte er, meist in schläfrigem Zustande, im Bette.

Nun traten wiederholt Aufregungszustände ein: Er warf sich im Bette hin und her, zerriß Hemd und Bettzeug, äußerte in angstvoller Erregung:

„Hier ist blaues Wasser, da will ich hineinspringen.“ „Hier stehen so viel Leute. Tut doch die Leute hinaus! Ich geh sonst selbst aus dem Bette.“

Außerdem fielen mit den Tatsachen im Widerspruch stehende Äußerungen des Patienten auf. So erklärte er z. B. nach unruhiger Nacht, er habe „gut geschlafen“.

Die Kopfschmerzen wurden inzwischen immer heftiger und erreichten zeitweise einen solchen Grad, daß Patient an seine Frau die Aufforderung richtete: „Hol' doch das Beil und schlag' mich tot.“

Einige Tage vor der Aufnahme fragte er vormittags plötzlich: „Wo bin ich denn?“ Dabei war er ganz verwirrt, erkannte weder seine Frau noch Verwandte, die das Bett umstanden, rief angstvoll, Soldaten drängen auf ihn ein, schlug nach ihnen in die Luft, wollte das Kopfkissen gegen sie schleudern.

Nach Angabe der Frau traten kurz vor der Aufnahme in die Klinik Zuckungen in beiden Armen ein. Gleichzeitig hatte Patient, wie er selbst berichtete, das Gefühl, als wäre das rechte Auge geschwollen. Auch im linken Arme sollen eigentümliche Sensationen aufgetreten sein.

Status.

Großer, kräftig gebauter Mann in leidlichem Ernährungszustande. Haut von fahler Farbe. Turgor der Haut ziemlich gering.

Sensorium meist nur leicht benommen: Die Aufmerksamkeit muß für jede Anrede neu gewonnen werden, die Antworten erfolgen etwas langsam, sind aber stets durchaus sinngemäß.

Patient ist örtlich und zeitlich gut orientiert. Die Schulkenntnisse entsprechen dem bei Leuten seines Standes gewöhnlichen Grade.

Klagt über heftige, nur ab und zu nachlassende Schmerzen in der Stirn — und solche in der Hinterhauptgegend, besonders der rechten Seite, die nach dem Nacken zu ausstrahlen. Häufig profuses Erbrechen, besonders nach den Mahlzeiten.

Außerdem gibt Patient an, daß er seit einigen Tagen ein fast beständiges Sausen im rechten Ohr und im Hinterkopfe spüre.

Beim Beklopfen des Kopfes steigern sich die Schmerzen. Auch die rechte Seite der Regio nuchae ist auf Druck sehr schmerzhaft.

Der Schädel zeigt keine auffallende Asymmetrien.

Die Gesichtsmuskulatur funktioniert normal. Stirnrunzeln, Backenaufblasen, Zähnezeigen, Mundspitzen, Lachen vollziehen sich symmetrisch.

Auch das Öffnen und Schließen der Augenlider ungestört. Die Beweglichkeit der Augen ist nach keiner Richtung hin gehemmt.

Bei extremer Seitwärtswendung des Blickes nach rechts wie nach links tritt Nystagmus auf. Meist ist der Nystagmus bei Rechtswendung der Augen bedeutend stärker als bei Linkswendung derselben; bisweilen beim Blicke nach links gar nicht auslösbar.

Der Charakter des Nystagmus ist durchaus nicht konstant, vielmehr wechselt der Befund innerhalb der eben angegebenen Variationen.

Die Pupillen sind gleich groß, reagieren beide prompt auf Licht und Konvergenz.

Die Papillen sind beiderseits sehr stark geschwollen, nicht abzugrenzen; auf denselben viele weiße Plaques und frische Hämorrhagien, besonders links. Die Venen sind außerordentlich stark gefüllt und geschlängelt; sie werden zum Teil auf der Papille und in der Umgebung derselben von weißen Herden verdeckt.

In der Gegend der Macula sowie in der Peripherie keine gröberen Veränderungen.

Gesichtsfeld nicht eingeschränkt, auch keine hemianopische Sehstörung.

Die Sensibilität im Trigeminusgebiet ist intakt. Das Gehör ist normal, ebenso die Riech- und Geschmacksfunktion.

Die Zunge wird gerade herausgestreckt; ihre Beweglichkeit ist nicht beeinträchtigt. Sie zittert nicht.

Die Schlingbewegungen ungestört.

Das Gaumensegel hebt sich beim Phonieren gleichmäßig.

Die Bewegungen des Kopfes sind nicht beeinträchtigt.

Die Untersuchung der *passiven Beweglichkeit* ergibt nichts Krankhaftes.

Die grobe Kraft sämtlicher *Bewegungen der oberen wie der unteren Extremitäten* ist normal. Widerstandsbewegungen sind beiderseits gleich kräftig.

### Sensibilität.

Die Sensibilität ist für alle Qualitäten normal.

Die Tastfähigkeit ist nicht geschädigt.

Die Gelenksempfindung an oberen und unteren Extremitäten ungestört.

Alle Reize werden richtig lokalisiert.

### Prüfung der Koordination der Bewegungen.

1. In Bettlage. Obere Extremitäten: Keinerlei ataktische Störungen bei Ausführung aufgetragener Bewegungen (z. B. Greifen nach der Nasenspitze, nach dem Ohr der entgegengesetzten Seite, Zusammenführen der Zeigefingerspitzen bei Augenschluß). Kein Intentionstremor.

Untere Extremitäten: Alle Bewegungen erfolgen gleichförmig mit normal bemessener, bei Entgegensetzung eines Widerstandes diesem entsprechender, auf beiden Seiten gleicher Kraft. Die Beine werden gerade gehoben, können in dieser Stellung einige Zeit festgehalten werden, mit nur geringen (physiologischen) Schwankungen. Größere Abweichungen treten nicht ein.

2. Wird der Patient *aufgesetzt*, so treten nach kurzer Zeit geringe Schwankungen des Rumpfes ein. Fordert man den Kranken in dieser Stellung auf, den Rumpf ein wenig nach vorn zu beugen, so vergeht bei der Rückkehr in die sitzende Stellung längere Zeit, ehe die zunächst auftretenden ausgiebigen Schwankungen aufhören.

3. Sicheres *Aufrechtstehen* ist nur in breitbeiniger Stellung möglich. Sobald die Füße dicht nebeneinander gestellt werden, tritt geringes Schwanken ein. Dieses nimmt bei Augenschluß nicht zu. Beim Versuche des Patienten, auf einem Beine zu stehen, wächst die Unsicherheit. Beim Stehen auf den Zehen kommt er in Gefahr, nach vorn zu fallen.

4. *Gang.* Der Kranke geht breitbeinig. Die Füße werden etwas stampfend aufgesetzt. Von Zeit zu Zeit geringe Schwankungen, regellos nach rechts oder nach links, besonders nach dem Kehrtmachen. Gezwungene, steife Haltung des Rumpfes und Kopfes, als hätte der Kranke Mühe, sie zu balancieren. Mehrere Male bleibt der Rumpf beim Vorwärtsschreiten zurück, so daß Patient vor dem Rückwärtsfallen geschützt werden muß (Babinski hat dieses

Symptom als „Asynergie cérébelleuse“ bezeichnet). Der Gang ist nicht spastisch.

Das gesamte Mnskelsystem ist in fast steter Unruhe:

Der Kranke wirft sich im Bette hin und her, beugt das eine oder andere Bein im Knie und stößt durch Streckung der betreffenden Extremität den Körper nach oben.

Auch die Arme sind lebhaft an dieser Unruhe des gesamten Muskelsystems beteiligt, in dem Sinne, daß sie die Bewegungen der Beine znm Zwecke scheinbar beabsichtigter Lageveränderungen unterstützen.

Gleichzeitig schlängelnde Bewegungen des Rumpfes, Heben und Senken der Schultern, Zurückbeugen des Kopfes nach den Seiten oder nach hinten.

Der Patient erklärt auf Befragen, daß er diese Bewegungen gar nicht beabsichtige,. aber außerstande sei, sie zu hemmen. Auch der Kopfschmerz kann nicht als deren Ursache angesehen werden, da diese motorische Unruhe auch an schmerzfreien Tagen fortbesteht.

Die Sprache. Artikulatorisch schwierige Worte werden fehlerlos nachgesprochen. Keinerlei aphasische Störungen.

Schreibfähigkeit ebenfalls nicht geschädigt.

Reflexe: Sehnen- und Periostreflexe an den Armen normal.

Patellarreflexe: beiderseits gleich lebhaft, nicht pathologisch gesteigert. Kein Patellarklonus.

Achillessehnenreflexe: Normal. Kein Fußklonus.

Hautreflexe: Fußsohlenreflexe beiderseits normal. Beim Bestreichen der Fußsohlen tritt eine Dorsalflexion der Zehen nicht ein. (Kein Babinski.)

Bauchdecken- und Cremasterreflexe auslösbar.

Die Untersuchung der Lungen und des Herzens ergibt nichts Krankhaftes.

Das Abdomen ist nirgends druckempfindlich.

Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker.

Der Patient starb am neunten Tage seines Aufenthalts in der Klinik unter raschem Kollaps nach heftigen Kopfschmerzen mit Erbrechen.

Für die Diagnose waren die folgenden Erwägungen bestimmend:

Wie aus der Anamnese hervorgeht, handelte es sich um einen bisher völlig gesunden 28jährigen Mann, der plötzlich an heftigsten Kopfschmerzen mit Erbrechen erkrankte. Diese traten besonders früh unmittelbar nach dem Aufstehen ein, dazu gesellten sich bald Gleichgewichtsstörungen: Morgens gelang es dem Kranken erst nach mehreren vergeblichen Versuchen, sich ohne Hilfe aufrecht zu erhalten.

Schon diese anamnestisch ermittelten Daten ließen eine intrakranielle Erkrankung vermuten.

Die Feststellung der beiderseits bestehenden Stauungspapille bestätigte diese Annahme:

Es mußte sich um eine zur Steigerung des Hirndruckes führende Neubildung handeln.

Auch hinsichtlich des Sitzes dieser Erkrankung konnten schon an die eben besprochenen Symptome bestimmte Vermutungen geknüpft werden.

Alles sprach für eine Neubildung der hinteren Schädelgrube.

Das ging vor allem aus der frühzeitigen Entwicklung der Stauungspapillen hervor; diese trugen, als sie in der Klinik ca. 9 Monate nach dem Eintritte der ersten Krankheitserscheinungen konstatiert wurden, alle Anzeichen des langen Bestehens. Erfahrungsgemäß bildet sich bei Tumoren der hinteren Schädelgrube die Stauungspapille besonders früh.

Dafür sprachen ferner die im Anschlusse an Lageveränderungen (das Aufstehen) auftretenden heftigen Reizerscheinungen, besonders das Erbrechen.

Auch das Ohrensausen stimmte zu dieser Lokalisation.

Die Tatsache, daß die Kopfschmerzen vorwiegend im Hinterkopf fühlbar waren, meistens nach der Nackengegend zu ausstrahlten, ließ ebenfalls eine in den „subtentoriellen Hirnabschnitten“ (Oppenheim[1]) befindliche Neubildung vermuten.

Ausschlaggebend für die genauere Bestimmung des Krankheitsherdes wurde die Feststellung der Koordinationsstörung, der Kleinhirnataxie.

Vor der Besprechung dieses Symptoms sei kurz dargestellt, was wir über die Funktion und die Semiologie des Cerebellums im wesentlichen wissen:

Auf Grund von Rezeptionen, die ihm durch den N. vestibularis, durch die Kleinhirnseitenstrangbahn, das Gowerssche Bündel und durch aus den Hintersträngen stammende Fasern zugeführt werden, übt dieses Reflexzentrum einen regulierenden Einfluß auf alle Bewegungen der unter Willkür stehenden Muskeln aus. Gleich hier sei hervorgehoben, daß diese Rezeptionen nicht zum Bewußtsein gelangen. Dementsprechend treten bei Erkrankungen des Kleinhirns keine Sensibilitätsstörungen auf, und wenn sie konstatiert werden, sind sie nicht als direkte Herderscheinung zu betrachten. Als zentrifugalen (vom Kleinhirn aus gerechnet) Teil der Leitung kennen wir die aus den Corpora dentata stammenden Bindearme und die aus dem Kleinhirn in die Brücke hinabsteigenden Faserbahnen. Beide stellen eine Verbindung des Kleinhirns mit dem Großhirn dar. Vielleicht ist durch Vermittelung des Deitersschen

[1]) Oppenheim, Die Geschwülste des Gehirns, Wien 1905. S. 59.

Kernes auch eine Einwirkung des Cerebellums auf die motorischen Ganglienzellen der Vorderhörner des Rückenmarks möglich.

Nach den Erfahrungen der experimentellen Physiologie und der Pathologie ist die Mitwirkung des Kleinhirns von besonderer Wichtigkeit, wenn es gilt, Massenbewegungen anszuführen, d. h. eine große Menge von funktionell zusammengehörigen Muskelgruppen zu einer Gesamtaktion zu vereinigen. Gerade dann werden Funktionsstörungen des Cerebellums am deutlichsten. Derartige Massenbewegungen sind für jede Lageveränderung notwendig; diese Massenregulierung ist vor allem unentbehrlich für die Erhaltung des Gleichgewichts beim aufrechten Stehen und Gehen, und so sind Störungen der Gleichgewichtsfunktion oft das einzige Herdsymptom einer Kleinhirnkrankheit.

Auch in unserem Falle bestand diese reine „cerebellare Ataxie." Wie aus der Darstellung der Krankengeschichte (s. o.) hervorgeht, waren die Gleichgewichtsstörungen schon bei sitzender Stellung des Kranken nachweisbar. Das feste Aufrechtstehen war ihm nur möglich, wenn er durch breitbeinige Stellung die Standfläche vergrößerte. Stellte er die Füße dicht nebeneinander, so trat geringes Schwanken ein, das bei Augenschluß nicht zunahm. Letzteres halten manche Autoren für ein besonderes Charakteristikum der Kleinhirnataxie im Gegensatze zu der infolge Hinterstrangsdegeneration auftretenden spinalen (bei Tabes dorsalis).

Beim Gehen traten leichte Schwankungen auf, die sich beim Kehrtmachen steigerten. Bemerkenswert war auch die gezwungene steife Haltung des Rumpfes und Kopfes, mittels deren der Kranke durch willkürliche Innervation zu ersetzen suchte, was sonst unbewußt, ohne Zutun des Willens, vom Kleinhirn geleistet wird.

Im Gegensatze zu dieser bei aufrechter Stellung deutlichen Koordinationsstörung stand das Verhalten der Motilität bei Bettlage: Da erfolgten alle Bewegungen gleichförmig. Auch kompliziertere Aufträge (Kniehackenversuch) wurden prompt ausgeführt.

Eine Sensibilitätsstörung war nicht nachweisbar.

Für die Intaktheit des Innervationsgefühls sprach die objektive Feststellung, daß der Kranke seine Muskelkontraktionen dem jeweilig entgegengesetzten Widerstande stets richtig anpaßte.

Auch die Gelenkssensibilität erwies sich als völlig normal.

Ich möchte hier betonen, daß die Angaben des Kranken bei der Gefühlsprüfung durchaus prompt erfolgten, so daß eine eingehende Untersuchung möglich war.

Noch ein Symptom wäre zu erwähnen, das zwar nicht ohne weiteres auf einen im Cerebellum befindlichen Krankheitsherd hinweist, wohl aber bei Kleinhirnaffektionen häufig angetroffen wird, der Nystagmus. Viele Autoren (Oppenheim, Monakow u. a.) neigen dazu,

diese in ihrem Wesen noch wenig geklärte Erscheinung bei Neubildungen des Cerebellums als Nachbarschaftssymptom aufzufassen. Wie wir sehen werden, ist der hier beschriebene Fall wenig geeignet nach dieser Richtung hin Klarheit zu schaffen.

Ich fasse am Schlusse dieser diagnostischen Betrachtungen alle die Daten zusammen, die zur Diagnose „Kleinhirngeschwulst“ führten

1. Das frühzeitige Auftreten einer ataktischen Störung beim Stehen und Gehen, bei ungestörter Koordination der in Bettlage ausgeführten Bewegungen, bei völlig intakter Sensibilität.

2. Die frühzeitige Entwicklung der Stauungspapillen.

3. Der Nystagmus, der mindestens als Nachbarschaftssymptom einer Kleinhirnerkrankung in Betracht kommt.

4. Die im Anschlusse an Lageveränderungen auftretenden Reizerscheinungen: Kopfschmerzen und Erbrechen, die jedenfalls auf die Nachbarschaft des Pons oder der Medulla oblongata deuten können.

Die **Autopsie** bestätigte die Diagnose. Es fand sich eine den vierten Ventrikel völlig ausfüllende kugelförmige Geschwulst. Einen Überblick über die Lagerung dieses Tumors kann man bei Betrachtung der Figg. 1—3 gewinnen.

Die Fig. 1 stellt einen Frontalschnitt durch Kleinhirn und Oblongata dar, der die beiden Corpora dentata trifft. Wir sehen hier, genau median liegend, den Querschnitt der Geschwulst. Der vierte Ventrikel ist stark erweitert und völlig ausgefüllt, das Kleinhirn nach oben und nach beiden Seiten gedrängt.

Über den Ursprung und die Art des Tumors läßt sich auf Grund einer Betrachtung der abgebildeten Schnittflächen nichts Genaues sagen. Im Hinblick auf den allmählichen Übergang in das normale Kleinhirngewebe, von dem man sich in Fig. 1 überzeugen kann, ist es wahrscheinlich, daß es sich um ein Gliom handelt.

Es ist auch nicht möglich, zuverlässige Angaben darüber zu machen, wieweit die Kleinhirnsubstanz selbst in Mitleidenschaft gezogen ist. Der Ausfall an Kleinhirngewebe dürfte ein relativ geringer sein. Soviel läßt sich mit Bestimmtheit sagen und geht auch aus der Fig. 1 hervor, daß das Gewebe innerhalb der Corpora dentata, d. h. die dort entspringenden Fasern der vorderen Bindearme des Kleinhirns, schwer geschädigt ist.

Nach vorn reicht die Geschwulst bis unter die Vierhügel.

Der in Fig. 2 abgebildete Schnitt stellt die Gegend unmittelbar hinter den Corpora quadrigemina posteriora dar. Auch hier ist der vierte Ventrikel ganz versperrt, das vordere Marksegel nach oben gedrängt.

In dem etwa 1 cm hinter dem vorigen gelegenen Schnitt, der also zwischen dem in Fig. 1 und Fig. 2 abgebildeten liegt,

Tafel zu „Berliner: Ein Fall von Neubildung des Kleinhirns".
(Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, hrsg. von Professor Dr. Sommer in Gießen, Bd. I. Heft 1.)

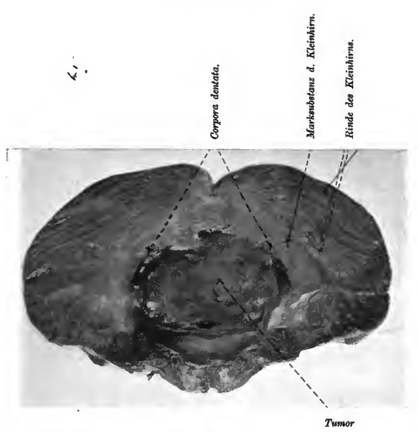



Fig. 1. Frontalschnitt aus der Gegend der Corpora dentata.
(In natürlicher Größe.)

Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

Tafel zu „Berliner: Ein Fall von Neubildung des Kleinhirns".
(Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, hrsg. von
Professor Dr. Sommer in Gießen, Bd. I. Heft 1.)

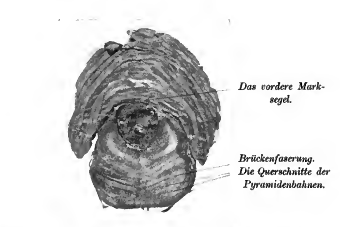



Fig. 2. Frontalschnitt unmittelbar hinter den Corpora quadrigemina posteriora.
(In natürlicher Größe.)

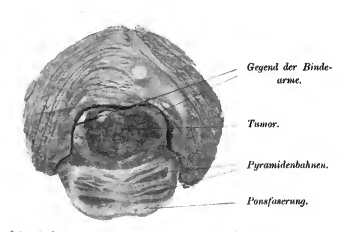



Fig. 3. Schnitt durch die vorderen Partien des Kleinhirns.
(In natürlicher Größe.)

Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

Tafel zu „Berliner: Ein Fall von Neubildung des Kleinhirns".
(Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, hrsg. von
Professor Dr. Sommer in Gießen, Bd. I. Heft 1.)



Fig. 4. Hintere Ansicht des Kleinhirns.

Verlag von Carl Marhold, Halle a.

(s. Fig. 3) erscheint die Schnittfläche des Tumors schon erheblich größer. Bemerkenswert ist auch hier die starke Kompression des Gewebes, in dem die Fasern der vorderen Kleinhirnbindearme nach vorn ziehen.

Schließlich wäre noch eine Veränderung zu erwähnen. In der Fig. 4 (s. stereoskopisches Bild) ist die hintere Ansicht des Cerebellums und ventral davon die Medulla oblongata zu sehen. Man erkennt, daß das Gewebe der beiden Kleinhirnhemisphären in Gestalt zweier zapfenartiger Erhebungen — von denen die rechte viel umfangreicher ist als die linke — stark vorgewölbt ist.

Diese Erscheinung ist als Folge der allgemeinen Steigerung des intrakraniellen Druckes zu betrachten, durch den das Cerebellum an dieser Stelle tief in das Foramen magnum gedrängt wurde. Wahrscheinlich wurde der plötzliche Tod durch eine Steigerung des Druckes infolge Kompression lebenswichtiger Zentren der Medulla oblongata herbeigeführt.

Der vielleicht indirekt durch Verstopfung des vierten Ventrikels und durch Kompression der Abflußwege aus dem Mittelhirn entstandene Hydrocephalus internus war wenig ausgebildet. In dieser Beziehung unterscheidet sich der vorliegende Fall wesentlich von dem von Sommer[1]) beschriebenen hinsichtlich der Lage des Tumors sehr ähnlichen, bei dem der Hydrocephalus außerordentlich stark entwickelt war.

Die übrigen Organe zeigten nichts Krankhaftes, insbesondere waren nirgends Anzeichen tuberkulöser Erkrankung nachweisbar.

Wie aus den Bildern hervorgeht, ist die Kleinhirnsubstanz selbst, zumal die Rinde, relativ wenig durch die Neubildung geschädigt.

Klinisch dokumentiert sich dies in dem Überwiegen der Reizerscheinungen über die Lähmungssymptome. Die Ataxie war nicht besonders stark entwickelt, hingegen waren Kopfschmerzen und Erbrechen sehr heftig.

Als Reizsymptome dürften auch die Zwangsbewegungen zu betrachten sein, die bei unserem Kranken auftraten.

Motorische Symptome infolge von Reizung des Kleinhirns oder mit diesem im Zusammenhange stehender Faserbahnen sind lange in der Literatur bekannt. Ich will hier nur an den von Bonhoeffer[2]) beschriebenen Fall von Carcinommetastase im Kreuzungsgebiete der Bindearme des Kleinhirns erinnern, der eine halbseitige Chorea zur Folge hatte. Der Autor bemerkt dabei, daß die von ihm beobachteten Zwangs-

[1]) Sommer, R., Zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung des Hydrocephalus internus und der Kleinhirntumoren. Beiträge zur Psychiatrischen Klinik. I. Bd., 1 Hft. 1902.

[2]) Bonhoeffer, K., Ein Beitrag zur Lokalisation der choreatischen Bewegungen. Monatsschrift f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. I, S. 6. 1897.

bewegungen „unkoordinierte, unwillkürliche Zuckungen" waren, also das Gepräge typischer choreatischer Zuckungen hatten.

Wie oben bemerkt, ist auch im vorliegenden Falle eine Schädigung der aus den Corpora dentata hervorgehenden Bindearmfasern sehr wahrscheinlich (vgl. Abb.) Die motorischen Reizerscheinungen waren hier ganz anderer Art: Das waren nicht unkoordinierte Zuckungen, sondern Bewegungen, die stets den Eindruck des Willkürlichen, Zielbewußten, Geordneten boten, d. h. „koordinierte Bewegungen", an denen sich das gesamte Muskelsystem beteiligte. Daß es sich nicht um intendierte, sondern um Zwangsbewegungen handelte, ging aus den Äußerungen des besonnenen Kranken mit Sicherheit hervor.

Meines Wissens ist dieses Symptom bis jetzt nur einmal in der Literatur erwähnt. In seiner Monographie über die Geschwülste des Gehirns berichtet Oppenheim[1]) über einen „Fall von Kleinhirngeschwulst, in welchem sich die Krämpfe mit Streck- und Beugebewegungen der Extremitäten einleiteten, die durchaus den Eindruck des Willkürlichen machten. Der Patient, der bei freiem Sensorium war, gab jedoch an, daß er dieselben nicht intendiere".

Zwangsbewegungen ähnlicher Art wurden auch bei Erkrankungen der Zentralganglien konstatiert.

Ich halte es für nicht unwahrscheinlich, daß dieses Symptom in meinem Falle als Folge einer Reizung der gesamten Kleinhirnrinde durch den großen Tumor zu betrachten ist.

Daß durch Reizung der Kleinhirnrinde Muskelkontraktionen hervorgerufen werden können, ist durch neuere experimentelle Untersuchungen sichergestellt, ja es ist Prus[2]) gelungen, auf der Oberfläche des Cerebellums Zentren für bestimmte Muskeln und ganze funktionell zusammengehörige Muskelgruppen nachzuweisen.

Entsprechend der großen Bedeutung der Kleinhirntätigkeit für die Koordination liegt die Vermutung nahe, daß bestimmte Bewegungskombinationen, die besonders häufig zur Anwendung kommen, in diesem Organe bereits gewissermaßen präformiert sind. Das Auftreten von Zwangsbewegungen, die auf uns den Eindruck des Zweckmäßigen, Koordinierten, Willkürlichen machen, wäre dann als Folge eines auf das ganze Reflexzentrum ausgeübten Reizes erklärlich.

Besonderes Interesse verdienen auch die psychischen Störungen unseres Kranken. Zur Einweisung in die Klinik führten Aufregungszustände, während deren der Patient sein Hemd und Bettzeug zerriß und durch optische Halluzinationen in angstvolle Erregung versetzt wurde: Er sah rings um sich „blaues Wasser", sah „Leute" das Bett umstehen,

[1]) Oppenheim, H., Die Geschwülste des Gehirns, Seite 165. Wien 1902.

[2]) Prus, Über die Lokalisation der motorischen Zentren in der Kleinhirnrinde. Nach dem Ref. im Neurolog. Zentralblatte. XXII. Band. 1903.

ein anderes Mal drangen Soldaten auf ihn ein, nach denen er in die Luft schlug, denen er das Kopfkissen entgegenschleudern wollte. Dabei erkannte er weder seine Frau noch ihn besuchende Freunde.

Auch in der Klinik wurde ein ähnlicher Anfall beobachtet: Der Patient rief plötzlich nach seiner Frau: „Komm doch und hilf mir doch!" Auf die Frage, wo er wäre, antwortete er: „Zu Hause".

Für die Vorkommnisse während dieser Zustände bestand völlige Amnesie. So äußerte der Kranke einmal nach unruhiger Nacht, er habe gut geschlafen.

Aus der Beschreibung dieser Zustände geht hervor, daß diese Störungen des Seelenlebens in ihrem ganzen Verlaufe den psychischen Äquivalenten epileptischer Anfälle sehr ähnelten.

Hier wie dort lebhafteste, farbige Gesichtshalluzinationen mit starker motorischer Erregung, Verkennung der Umgebung, nachher völlige Amnesie für die Erlebnisse während der Anfälle.

Typische epileptische Krämpfe sind bei Hirntumoren bekanntlich nicht selten. Bei Geschwülsten des Kleinhirns wurden sie ebenfalls häufig beobachtet. „Ob auch psychische Äquivalente des epileptischen Anfalles durch Hirntumoren hervorgerufen werden können, ist bisher nicht mit Sicherheit festgestellt" (Oppenheim)[1]. Auch in dieser Hinsicht dürfte der von mir beobachtete Fall Beachtung verdienen.

## Literatur.

Oppenheim, H., Die Geschwülste des Gehirns. S. 145 ff.
Nothnagel, Spezielle Pathologie u. Ther. Bd. IX, Teil II.
Oppenheim, H., Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
v. Monakow, C., Gehirnpathologie. Wien 1905. S. 1005 ff.
Nothnagel, Spez. Pathol. u.Therap., Bd. IX, Teil I.

[1] Oppenheim, l. c., S. 70.

# KLINIK

für

# psychische und nervöse Krankheiten.

Herausgegeben

von

**Robert Sommer,**
Dr. med. et phil.,
o. Professor an der Univ. Gießen.

**I. Band. 2. Heft.**

INHALT:





**HALLE a. S.**
Verlag von Carl Marhold
1906

I.

# Ueber Bewusstseinsveränderungen und Bewegungsstörungen durch Alkohol, besonders bei Nervösen.

Von Privatdozent Dr. **Dannemann**,
Oberarzt der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen.

---

Die Bedeutung des Alkohols für das Zustandekommen unsozialer und verbrecherischer Handlungen, insbesondere bei Personen mit nervöser Konstitution, ist hinreichend bekannt. Die Entschuldigung der Trunkenheit, so wenig sie an sich stichhaltig sein mag, pflegt, wenn nachgewiesenermaßen ein erhebliches Quantum alkoholischer Getränke vor einer Straftat genossen wurde, oft bis zu einem gewissen Grade strafmildernd in Betracht gezogen zu werden. Um so weniger sind aber zumeist Richter und Geschworene geneigt, Milde walten zu lassen, wenn der Angeschuldigte vorangegangenen Alkoholgenuß entschuldigend ins Treffen führt, und dabei doch ein Überschreiten des im allgemeinen für harmlos gehaltenen Maßes von alkoholischen Getränken nicht stattfand, bzw. wenn nach der Aussage zahlreicher Zeugen ihm nichts anzumerken war. Dem Laien ist das Fehlen grober motorischer Symptome nach Alkoholgenuß immer ein Beweis dafür, daß in solchen Fällen die psychischen Funktionen von denen des absolut nüchternen Menschen nicht wesentlich abweichen können. Selbst Ärzte, die gelegentlich sich über den Eindruck auszusprechen haben, den ein nach seiner Angabe unter Alkoholwirkung straffällig gewordener Mensch unmittelbar nach der Tat auf sie machte, sind nicht selten geneigt, in gleichem Sinne zu urteilen.

Demgegenüber bedarf es immer und immer wieder des Hinweises darauf, daß die Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol, uud die Art der Reaktion speziell soweit es sich um Bewußtseinsveränderungen handelt, ungemein verschieden zu bemessen sind. In allen zweifelhaften Fällen dieser Art darf nicht lediglich nach den äußeren Gesichtspunkten geurteilt werden: „wie viel ist getrunken, und wie war die äußere Haltung des Täters?“, sondern es ist in erster Linie zu fragen: w i e b e s c h a f f e n

ist das I n d i v i d u u m, und läßt sich, wenn Alkoholgenuß vorausging, vielleicht auf dem Wege des E x p e r i m e n t e s ein Beweis dafür erbringen, daß es auch durch geringe Mengen in höherem Grade beeinflußt wird, als der völlig gesunde Mensch. — Wenn wir dem Richter sagen können: hier ist ein Beweis dafür, daß trotz des geordneten Eindruckes, den der Täter auf alle Zeugen machte, etwas in ihm wirksam gewesen sein kann und höchst wahrscheinlich war, das seine Hemmungen ausschaltete, seinen Impuls leichter in die Tat umsetzte, so werden wir hoffen dürfen, die Auffassung von der Strafwürdigkeit eines Täters mildernd zu beeinflussen.

Vor allen anderen unerklärlich sind oftmals impulsive Gewalttaten von Leuten, deren Naturell sonst gar nicht auf besondere Rohheit und gemeine Gesinnung schließen läßt, die nach der Tat sofort aufrichtig bereuen, die uns berichten, daß sie über ihr Tun sich selbst keine Rechenschaft zu geben vermochten, wie alles kam und wie sie sich hinreißen lassen konnten. Wer je mit solchen Fällen zu tun gehabt hat, weiß, welch gefügige Objekte des Strafvollzuges solche Menschen dann bisweilen später sind, denen man angesichts ihres einsichtigen Verhaltens, ihrer aufrichtigen Reue ein reichliches Maß von Bedauern nicht versagen kann.

Über einen unter diesen Gesichtspunkten zu betrachtenden Fall, die Ergebnisse der Beobachtung, darunter auch die Beziehungen zur Frage der A l k o h o l i n t o l e r a n z, sollen die folgenden Darlegungen berichten.

Der 21jährige J. aus N., war wegen einer vorsätzlichen und einer fahrlässigen Tötung angeklagt. Kurz vor Weihnachten 1903 war in N., einem größeren Dorfe, eine öffentliche Lustbarkeit mit Theatervorstellung, zu der auch J. gegangen war. Es wurde angeblich mäßig getrunken, doch hatte J. im Laufe des Nachmittags von 2 Uhr Mittags an auf einer Radtour seiner Angabe nach im ganzen neun Glas Bier zu sich genommen. Gegen 10 Uhr abends begann ein Streit, und J. ergriff Partei für einen Beteiligten gegen einen gewissen S. Im Verlaufe eines Wortwechsels erhielt er von diesem Ohrfeigen und blutete auch aus der Nase. Indessen kam es zum Frieden, und nach Schluß der Vorstellung begab sich ein Teil der Anwesenden noch in ein parterre gelegenes Wirtszimmer. Doch war S. nicht mehr unter den dahin Gehenden, wohl aber J., der Täter. Es war um Mitternacht, als letzterer, ohne weiter aufzufallen, sich heimwärts wandte. Niemandem war er auffällig erschienen, speziell hatte niemand Trunkenheit an ihm bemerkt.

Auf dem Nachhausewege mußte er des S. Haus passieren. Sein Anblick soll ihm, nach seiner Angabe, die erlittene Unbill wieder ins Gedächtnis zurückgerufen und ihn in zunehmende Wut versetzt haben.

Er eilte heim, öffnete mit dem, einem in der Familie verabredeten Versteck entnommenen Schlüssel die Haustüre, fragte noch seine Mutter, ob der Vater schon daheim sei, und holte dann aus einem Zimmer des Oberstocks, dessen Türe er zuvor noch gewaltsam geöffnet hatte, die Jagdflinte seines Vaters. Er lud sie, ob gleich oder später auf dem Wege bleibt unentschieden, mit Schrotpatronen und eilte, unterwegs die Hähne spannend, zu dem etwa $4^1/_2$ Minuten bei raschem Schritt entfernten Lokal zurück. Urplötzlich erscheint er in der aufgerissenen Türe, hebt die Büchse und schießt auf einen ihm gegenübersitzenden Menschen ab, in dem er seiner späteren glaubhaften Angabe nach den S., seinen Beleidiger, der tatsächlich gar nicht mehr mit im unteren Lokal gewesen war, zu sehen vermeinte. Der tödlich in den Hals Getroffene bricht zusammen, eine allgemeine Verwirrung entsteht, mehrere Personen stürzen sich auf J. und versuchen ihm das Gewehr zu entreißen. Da fällt ein zweiter Schuß, und ein zweiter harmloser Gast empfängt eine volle Schrotladung in den Unterleib, der er am anderen Tage erliegt. J. reißt sich los und eilt nach Hause, wo er sich vor seinem Vater in Stalle verbirgt. Von diesem veranlaßt, aber auch aus eigenem Antrieb, geht er am anderen Morgen in der Frühe hin und stellt sich dem nächsten Amtsgerichte.

Die Anklage lautete von Anfang an auf Verbrechen gegen § 212, Tötung mit Vorsatz ohne Überlegung. J. gab bei der ersten Vernehmung schon nicht zu, daß er sich mit der Absicht, den S., d. h. den mit dem Leben davongekommenen Widersacher, zu töten wieder in die Wirtschaft begeben habe. Er habe denselben nur zur Rede stellen wollen. Freilich in dem Augenblicke, als er geschossen, sei es ihm einerlei gewesen, welche Folgen sein Schuß nach sich ziehen werde. Später vor dem Untersuchungsrichter äußerte er: es seien sofort Leute auf ihn zugesprungen, da habe er befürchtet, man werde ihm sein Gewehr abnehmen, und so habe er schnell angelegt und abgedrückt.

Der Fall schien klar zu liegen. Indessen erachtete die überaus vorsichtige Staatsanwaltschaft es für gut, dennoch gewisse Bedenken dem psychiatrischen Experten zu unterbreiten. Insbesondere glaubte sie mit Rücksicht auf die eigentümliche Personenverkennung die Frage aufwerfen zu dürfen, ob vielleicht eine transitorische Bewußtseinsstörung in Frage komme. Zwar lagen ihr Beweise einer hereditären Veranlagung des Täters nicht vor, doch erschien es ihr bemerkenswert, daß der Vater desselben ebenso wie ein Bruder des letzteren, beide überdies unehelicher Herkunft, ebenfalls kriminell geworden waren. Ersterer zweimal wegen Körperverletzung, letzterer dreimal wegen des gleichen Deliktes, einmal wegen Sachbeschädigung, einmal wegen Beleidigung einmal wegen Diebstahls und Unterschlagung. Beider Mutter war

ebenfalls vorbestraft gewesen. Sie hatte den Vater des Angeschuldigten im Gefängnisse geboren.

An dem Täter waren ferner bei früheren Gelegenheiten ebenfalls Züge von Jähzorn beobachtet worden. Gewisse Angaben der Eltern über beobachtetes motivloses nächtliches Aufstehen und Umherwandeln hatten den Verdacht auf Epilepsie geweckt. Bei dieser Sachlage mußte vom psychiatrischen Standpunkte eine genauere Prüfung des Geisteszustandes des J. empfohlen werden, und so kam er auf die gesetzmäßigen 6 Wochen in die Klinik. Es galt also nunmehr, um Sommers Worte zu gebrauchen (Kriminalpsychologie S. 16) „den gesamten körperlichen und geistigen Zustand zu prüfen und besonders zu untersuchen, wie die kriminelle Handlung mit der Gesamtbeschaffenheit des Täters unter Berücksichtigung ihrer äußeren Bedingungen zusammenhängt."

Während der Beobachtungszeit war zunächst das Allgemeinverhalten folgendes. J. fügte sich willig in die neuen Verhältnisse, wie er auch zuvor der dreieinhalbmonatlichen Untersuchungshaft sich durchaus willig unterzogen hatte. Im Verkehr mit den Ärzten, dem Personal und den Patienten war er stets höflich und entgegenkommend, nichts trat hervor, das hätte berechtigen können, ihn für brutal und streitsüchtig anzusehen. Dabei war er, weil naturgemäß in einer geschlossenen Abteilung untergebracht, nicht immer mit durchaus verträglichen Kranken zusammen. Gleichwohl unterblieben Reibungen. Seine im allgemeinen gleichmäßige Stimmung wich mehrfach einer tiefen Niedergeschlagenheit bis zu dem Grade, daß er in Tränen ausbrach und sich den schlimmsten Befürchtungen hingab. Er bereute dann bitter und versprach sich selbst, nach seiner Rückkehr in die Heimat sofort bei den Familien der Getöteten um Verzeihung zu bitten. Das war keine Phrase, denn gleich nach seiner Inhaftierung schrieb er in diesem Sinne einen Brief, und in einem Schreiben an seine Eltern nach der späteren Verurteilung gedachte er dieses Gegenstandes wieder in voller Zerknirschung. — Launenhafte Verstimmungen dagegen, Zustände innerer Unruhe und Spannung, wie sie oft speziell den Epileptiker charakterisieren, wurden niemals in diesen Wochen an ihm beobachtet.

Js. Erinnerungen für sein Vorleben boten keine Lücken. Er berichtete darüber selbst, ohne Momente geltend zu machen, die die Sachlage hätten zu seinen Gunsten beleuchten können. Nach seinen, der Wahrheit entsprechenden Angaben lebten außer den Eltern vier Geschwister im Alter von 12 bis 23 Jahren. Eines davon sei brustleidend. In der Schule wollte er gut mitgekommen sein. Nach 1897 hatte er als Maurer sich mit im väterlichen Geschäft betätigt, daneben war er auf weitere Ausbildung in einer Gewerbeschule bedacht gewesen. Auf wirtschaftliche Selbständigkeit hatte er noch verzichtet und einstweilen

seinen Unterhalt weiter im elterlichen Hause bezogen. Mehrfach hatte er anch bei answärtigen Unternehmungen seines Vaters mitgearbeitet nnd durchaus znfriedenstellende Leistungen anfzuweisen gehabt.

Die nebenbei an ihn gerichtete Frage, ob er im Berufe jemals zu Schaden gekommen sei, beantwortete er dahin: er sei 1900 einmal von einem Pferde wider den Hinterkopf getreten, so daß er mehrere Meter zurückgetaumelt sei. Erst nach etwa acht Tagen sei er wieder arbeitsfähig gewesen. Noch im gleichen Jahre sei er von einem Gerüste mehrere Meter rücklings herabgefallen. Eine $2^1/_2$ cm lange verschiebliche Narbe am Hinterhaupte sei ein Denkzeichen dieses Unfalles. Anmeldung des Unfalles war in beiden Fällen unterlassen worden mit Rücksicht anf die verhältnismäßig geringe Beschädigung.

Es ließ sich über die Vorgänge folgendes ermitteln. Die nachträglich hierzn vernommene Mntter des Angeklagten gab an, daß ihr Sohn im Frühjahr 1900 bei einem Nenban nahe der elterlichen Wohnnng gearbeitet habe und abgestürzt sei, wobei ihn noch ein nachfallender Ziegel am Kopf getroffen habe. Dieser Unfall habe eine etwa viertelstündige Bewußtlosigkeit znr Folge gehabt. Gleiches bestätigte ein Mitarbeiter des J., der aber die Daner der Bewußtlosigkeit auf fünf Minuten schätzte. Er brachte den Verletzten seinerzeit nach Hause. Seinem Protokolle war allerdings beigefügt, er sei ein Trinker und nehme es mit der Wahrheit nicht genau. Immerhin verdient doch diese Angabe Beachtnng, weil sie die Angaben der Mntter vollauf bestätigt. — Anch des Unfalles durch einen Pferdetritt wußte die Mutter sich zu entsinnen. Sie und ihre inzwischen gestorbene Schwester brachten den J. heim, doch vermochte er ihnen Auskunft über sein Erlebnis zu geben. Ein Zeugnis des damals hinzugezogenen Arztes war leider unbeibringlich, da derselbe inzwischen verstorben war. Doch erinnerte sich anch eine Gemeindeschwester der Sache. An der Tatsache, daß J. zweimal ein trotz des Fehlens äußerer erheblicher Verletzungen doch ziemlich schwer zn nennendes Schädeltranma erlitten hatte, ließ sich demnach wohl nicht zweifeln.

Über frühere gerichtliche Verwicklnngen, in die er gekommen war, gab J. bereitwillig Auskunft. Er war einige Jahre znvor einmal in bezechtem Zustande in den Weinkeller eines Ortsbewohners eingedrungen und hatte sich darin an dem Weine gütlich getan. Indessen war die Sache für ihn weiter nicht schlimm geworden, da der Betreffende aus Rücksicht für die Familie die Anzeige unterließ. — Wenige Wochen vor der verhängnisvollen Schießaffäre wäre er in einer Anwandlung von Jähzorn beinahe schon znm Totschläger geworden, indem er auf einen gewissen G. nach einem Wortwechsel mit einer Rübenschaufel eingedrungen war. Auch diesmal war die Tat, ebenso wie die nun inkriminierte, eine eigentümliche Spätreaktion gewesen, das Resultat eines erst

nach und nach bei J. sich herausbildenden zornigen Affektes, denn zunächst hatte er Beleidigungen eingesteckt und sich anscheinend beruhigt seine Arbeit wieder zugewandt. Auch diesmal war die Anzeige aus nachbarlichen Rücksichten unterlassen worden. Bemerkenswert ist noch, daß J. diese Tat keineswegs durch die Behauptung, angetrunken gewesen zu sein, beschönigte. Er meinte, befragt, ob er unter Alkoholwirkung gestanden habe: „Ich habe nicht mehr und nicht weniger Wein an dem Tage zum Frühstück und Mittagessen getrunken, wie dies üblich ist. Den zum Mittagessen getrunkenen hatte ich längst verarbeitet." — Ein gerichtliches Verfahren war gegen ihn dagegen im Jahre 1900 eingeleitet wegen seiner Beteiligung an einer Prügelei. Er hatte damals in einer zu weitgehenden Weise die Partei eines bei seinem Vater bediensteten Knechtes ergriffen, wurde aber nur wegen ruhestörenden Lärmens und groben Unfugs mit einer geringen Geldstrafe belegt. Hier wie bei der letzten Tat tritt als erste Veranlassung ein heftiges Parteiergreifen hervor.

Schon der Umstand, daß J. seinen Posten in dem Betriebe seines Vaters auszufüllen und in seinem Berufe etwas Gutes zu leisten vermocht hatte, ließ darauf schließen, daß der junge Mensch im Besitze einer Summe von Kenntnissen und Fertigkeiten sei, wie sie bei einem Menschen seiner Herkunft und seines Bildungsganges nach erlangter Volljährigkeit füglich erwartet werden kann. Und in der Tat ergibt die eingehende Befragung Js, die Prüfung seiner Kenntnisse, seines Urteils, seiner Lebensanschauungen etc., daß in dieser Beziehung von nennenswerten Defekten keine Rede sein kann. J. hat vieles, was ihm in der Schule wohl sicher geboten worden ist, wieder vergessen, soweit es sich um abstrakte Dinge handelt. So weiß er von Geschichte nicht viel, und sein geographisches Wissen ist auch nur ein sehr mäßiges. Aber was er für das praktische Leben nötig hat, hat er in sich aufgenommen, verarbeitet und vervollkommnet. Er ist ein guter Rechner, versteht auch etwas Geometrie, soweit es für seinen Beruf nötig ist, z. B. berechnet er den Zylinderinhalt bei den Brunnen, die er anlegen muß. Er weiß sich auch schriftlich logisch und korrekt auszudrücken, gibt gute Auskünfte über Bezug und Preise der Lebensmittel, über Geldangelegenheiten, Kapitalanlage usw.

In der Unterhaltung mit ihm hat man stets Gelegenheit, sein schnelles Auffassungsvermögen, sein zutreffendes Urteil in allen Dingen, die in seinem Leben draußen eine Rolle spielten, zu erkennen. Irgendwelche Schwankungen im Ablauf der Denkvorgänge waren bei den an verschiedenen Tagen vorgenommenen Prüfungen nicht zu konstatieren. Ein zutreffendes Urteil bekundete J. auch in bezug auf die Personen seiner Umgebung in der Klinik, ihre Eigenschaften und Absonderlichkeiten.

Prüfte man ihn bezüglich seiner sittlichen Anschauungen, seiner ethischen Begriffe, so erhielt man ebenfalls ein befriedigendes Resultat. Er redete mit Achtung von seinen Eltern, war seinen Geschwistern zugetan, denen er schon gleich nach der Tat geschrieben hatte, sie sollten sich von Gelegenheiten fern halten, die ihnen verhängnisvoll werden könnten, damit es ihnen nicht so ergehe, wie ihm. Der Vorhalt seiner früheren Übertretungen, des Kellerdiebstahls, der Beteiligung an der Schlägerei machte ihn verlegen. Er gab zu, daß er da gefehlt, und versprach, daß ihm so etwas nie wieder passieren solle. Er war sich auch der ganzen Schwere seiner Straftat bewußt, verurteilte dieselbe ohne Beschönigung, und verlieh seinem Bedauern Ausdruck, daß er so schweres Leid auch über seine Familie gebracht habe, für die es hart sein müsse, einen Sohn und Bruder im Gefängnisse oder im Zuchthause zu wissen.

Der Überblick über Js. Vorleben, die Prüfung seiner Kenntnisse, seiner Urteilsfähigkeit, seiner Veranlagung nach ethischer Seite, die Beobachtung seines Gesamtverhaltens in der Klinik berechtigten somit zu dem Urteil, daß J. gegenwärtig weder geisteskrank noch auch geistesschwach sei, noch auch daß er während der in der Klinik verbrachten Zeit transitorische Bewußtseinsveränderungen geboten habe, die als krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 aufgefaßt werden können. Sichere Schlüsse auf den Zustand *zur Zeit der Tat* ließen sich aber daraus noch nicht ziehen. Es kam somit für den Begutachter zunächst darauf an, bei J. nach Symptomen einer *nervösen Veranlagung* bzw. einer *Neurose* zu fahnden, bei welcher *transitorische Bewußtseinsstörungen* vorkommen können.

Hier bot nun zunächst die Kontrolle des Schlafes einige Anhaltspunkte. J. war vom 14. April bis 26. Mai in der Klinik. Er schlief nachts unter Wache, die angewiesen war, sein Verhalten im Schlafe sorgsam zu beaufsichtigen und zu beschreiben. In den ersten 16 Nächten war er durch nichts auffällig. Es hieß nur im Bericht, er habe „gut“ oder „sehr gut“ oder auch „ununterbrochen“ geschlafen. Anfangs Mai änderte sich dies. Nachts 1.—2. Mai warf er sich viel umher, krümmte sich, wühlte sich blos. In den Nächten vom 8.—12. Mai war er durchweg auffällig. Er schrie wiederholt im Schlafe auf, schlug um sich, rief Namen, knirschte auch mit den Zähnen. Auch in der Nacht 15.—16. Mai ereignete sich ähnliches. Bemerkenswert war, daß am 12. auch über Kopfschmerzen am *Tage* geklagt wurde. Solche Auffälligkeiten machten sich also nur in der dritten und vierten Woche bemerkbar, sonst nicht. J. selbst wußte nichts von den nächtlichen Vorkommnissen und hatte keine Traumerinnerungen. — Jedenfalls darf dies durchaus objektive Ergebnis im Rahmen des Gesamtbildes nicht unberücksichtigt

gelassen werden. Wir werden dabei an die Feststellungen de Sanctis[1]) erinnert, der die Ansicht zum Ausdruck gebracht hat, daß spezifische Träume bei Epileptikern bis zu einem gewissen Grade als Äquivalente aufgefaßt werden können. Der Umstand, daß die „schlechten“ Nächte sich als kleine Gruppe zwischen die ruhigen, durch nichts auffälligen einschoben, ist jedenfalls bemerkenswert. Leider finden sich in der Literatur recht wenige Aufzeichnungen über derartige Schlafbeobachtungen bei Geistes- und Nervenkranken.

Aus der körperlichen Untersuchung waren folgende Punkte hervorzuheben: J. ist ein schmächtiger Mensch von mittlerem Ernährungszustande. Morphologische Abnormitäten bietet er nicht. Der Schädelumfang beträgt 56,5 cm., der Längsdurchmesser 19 cm., der Querdurchmesser 15,5, der Frontalbogen 29,5, der Sagittalbogen 31 cm. — Die inneren Organe sind gesund, die Herzaktion ist regelmäßig. Pulsfrequenz innerhalb normaler Grenzen.

Sensible Reize werden überall percipiert und der Reiz richtig lokalisiert. J. empfindet schon allerfeinste Berührungen des Lanugo, so daß man entschieden von einer Hyperästhesie bei ihm reden kann. — Streichen der Haut ruft schnelle Rötung hervor, dann verblassen die berührten Stellen schnell und erscheinen ausnehmend lange anämisch, weiß. J. leidet an starker Schweißsekretion der Plantar- und der Palmarflächen.

Von motorischen Symptomen sind hervorzuheben: Andauernd gesteigerte Patellarsehnenreflexe, Tremor der Finger, speziell in seitlicher Richtung, eigentümliche Augenstörungen. Mit den letzteren hat es folgende Bewandtnis: Die Sehschärfe ist normal, ebenso auch der Augenhintergrund. Die Sehaxen sind für gewöhnlich parallel eingestellt. Ebenso bei ungezwungener Körperhaltung und bei ungezwungenen Bewegungen. Bei der Untersuchung zeigt sich aber sofort Neigung zur Konvergenz, speziell beim Blick nach oben, begleitet von gleichnamigen Doppelbildern. Beim Seitwärtsblicken tritt Nystagmus ein, und das eine Auge kehrt langsam in die gerade Blickrichtung zurück, während das andere die verlangte Blickrichtung beibehält. Grobe Lähmungen der Augenmuskeln bestehen nicht. Die um Untersuchung angegangene Augenklinik sprach sich dahin aus: daß eine typische hysterische Motilitätsstörung vorliege. — Störungen der Pupillarreaktion bestanden nicht. Prüfungen der andren Sinnesorgane ergaben nichts Auffälliges.

---

[1]) Sanctis, de, Dr. Sante, Professor der Psychiatrie in Rom. Die Träume. Medizinisch-psychologische Untersuchungen. Autorisierte und durch zahlreiche Nachträge des Verfassers erweiterte Übersetzung von Dr. O. Schmidt, nebst Einführung von Dr. P. J. Möbius, Leipzig. (Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.)

Daß es sich hier um einen Menschen mit Anomalien auf nervösem Gebiete handelte, stand somit außer Frage. Es galt nun herauszustellen, ob noch weitere speziell auf Epilepsie verdächtige Züge aus dem Vorleben des J. nachzuweisen seien. Mit großer Vorsicht will in solchen Fällen immer die Frage nach etwaiger Enuresis nocturna behandelt sein. Die Zahl derer, die um die Bedeutung dieses Symptomes wissen, ist eine erhebliche. Routinierte Verbrecher bedienen sich seiner oft als eines leichten Simulationsmittels. — Unter richtiger Würdigung der gesamten Sachlage wird man aber doch in manchen Fällen sogar von dem Angeklagten selbst den Stempel der Wahrheit tragende positive Angaben in dieser Richtung erhalten können. — In einem Strafprozeß wegen Mordes gelang es dem Referenten beispielsweise einmal, aus einem mit dem Angeklagten in der Absicht späterer Eheschließung zusammenlebenden Mädchen, das als unbeeidigte Zeugin über die Persönlichkeit des Angeklagten vernommen wurde, die Angabe zu erhalten, daß derselbe mehrfach das gemeinsam benutzte Bette eingenäßt hatte. Die Zeugin sträubte sich förmlich gegen diese Mitteilung, nicht einsehend, daß sie damit ein entlastendes Moment beibrachte, sondern glaubend, daß ihre Angabe die moralische Qualität ihres Geliebten in noch schlechterem Lichte erscheinen lassen müsse. In solchem Falle durfte man wohl berechtigt sein, den Angaben unbedingt Glauben zu schenken und sie zu verwerten.

In dem vorliegendem Falle war der Angeklagte zunächst bei vorsichtiger Befragung ablehnend, er glaubte sich bloßzustellen, wenn er etwas zugebe, fürchtete, daß dann vor Gericht davon gesprochen werde und er als unsauberer Mensch an Sympathien Einbuße erleiden könne. Erst nach und nach gewannen wir sein Vertrauen und nun erzählte er, daß er früher mit einem seiner Brüder zusammengeschlafen und oft Streit mit jenem gehabt habe, wenn sie morgens zusammen im Nassen gelegen seien. Ohne daß der Vater Gelegenheit gehabt hätte, sich mit J. hierin zu verständigen, wurde er nach den gleichen Dingen befragt und machte ebenfalls positive Angaben. J. hatte sich darnach bis zum 10. Jahre 3—4 mal im Jahre nachts eingenäßt.

Es war notwendig, nach weiteren epilepsieverdächtigen Momenten des Vorlebens zu forschen. Mit Vorsicht war hier zunächst die Angabe des Angeklagten über seinen Gemütszustand im Herbst 1903 (im Dezember erfolgte die Tat) aufzunehmen. Er berichtete, daß es ihm damals immer so gewesen sei, wie wenn er das Delirium gehabt habe. Er sei förmlich menschenscheu gewesen, habe sich am liebsten allein gehalten, manchmal sei er so durcheinander gewesen, „wie wenn fünfzehn Teufel in ihn gefahren wären.“ Aus dieser Angabe, die ja sonst, wenn wir sie von einem notorischen Epileptiker in einem nicht forensischen Falle erhalten würden, uns sehr einleuchtend erscheinen würde,

ließ sich unter den bestehenden Verhältnissen nicht viel machen, da sie als Vortäuschung erscheinen konnte.

Wie so oft bei der Fahndung nach epilepsieverdächtigen Momenten in Kriminalfällen, so war man auch hier besonders auf die nicht einwandfreien Angaben nächster Angehöriger angewiesen. J.s Vater hatte seine Angaben über Enuresis noch dahin erweitert, daß sein Sohn speziell nach erlittenen Aufregungen nachts aufgestanden sei, bis man ihn weckte. Er sei auch im Hause herumgelaufen. Redete man ihn an, so gab es einen kurzen Schreck. Dann sei er Morgens immer ganz durchschwitzt gewesen. Wohl die wertvollste Mitteilung in dieser Sache ging von einem gewissen F. aus, demselben, der auch Zeuge des Sturzes vom Gerüst gewesen war. Er hatte anderthalb Jahre früher mit dem J. auswärts gearbeitet. Sie hatten zusammen im gleichen Bette geschlafen. Dieser F. erwachte eines Nachts und sah den J. angekleidet im Zimmer stehen und sich benehmen, wie wenn er fort wolle. Er rief ihn an, erhielt aber keine Antwort. Dann kleidete sich J. aus und legte sich wieder ins Bette. Am nächsten Tage soll er über starke Müdigkeit und Abspannung geklagt haben. Der gleiche Zeuge erzählte später auch von Schlägen, die der Angeklagte ihm nachts im Bette im schlaftrunkenen Zustande verabreicht haben sollte.

Dieser Vorgang war sicher geeignet, dem Verdachte auf Epilepsie eine starke Stütze zu verleihen. Danach gewinnen auch die Angaben der zunächst wegen ihres persönlichen Interesses skeptisch zu betrachtenden Angehörigen an Wert und Wahrscheinlichkeit. Generell muß noch dazu gesagt werden, daß in Fällen wie dem vorliegenden zahlreiche, wenn auch unbestimmte, und an sich farblose Momente doch in ihrer Gesamtheit, in ihrer Kongruenz und im Zusammenhange mit den Resultaten der körperlichen Untersuchung sowie der bei der Beobachtung hervorgetretenen psychischen Eigentümlichkeiten an Wert und Bedeutung gewinnen. Beim Aufbau eines Gutachtens dürfen solche mosaikartig zu einem klaren Gesamtbilde sich vereinigende Einzelheiten nicht unterschätzt werden.

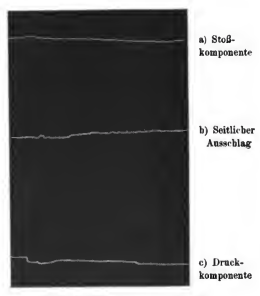
Für die Erreglichkeit J.s, seine Neigung zum maßlosen Affekt sprach auch ein Vorgang aus dem Dezember 03, der sich circa 14 Tage vor der Tat ereignete. J. war wegen des Überfalles auf den G. (cfr. oben) mit einer Rübenschaufel von seinem Vater hart angelassen worden. Er geriet in heftige Erregung, lief fort und zwar mit der Drohung, er werde sich unter die Bahn werfen. Ein von der Mutter angerufener Bekannter stellte ihn, worauf er heimging. Die Mutter war ihm nachgegangen und erzählte schon damals den Hergang einem Bekannten, so daß an der Wirklichkeit des Vorfalles nicht zu zweifeln ist.

J. war, um nun dies wichtige Moment zu betrachten, zur Zeit der Tat nicht ohne Alkohol gewesen. Angesichts der Bedeutung, die der

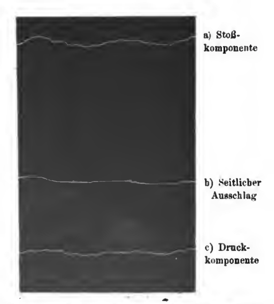
Alkohol für das Zustandekommen von Bewußtseinstrübungen besonders bei nervösen Individuen besitzt, lag es nahe, die Frage aufzuwerfen: Wie reagiert J. überhaupt auf Alkoholzufuhr? Läßt sich nach dieser eine motorische Erregung nachweisen? Neigt er unter Alkoholwirkung zur Verkennung von Personen seiner Umgebung? Dann erst galt es zu prüfen, ob eventuell aus den Angaben über die Ausführung der Tat, aus etwaigen Differenzen der über das Benehmen J.s vor und nach der Tat vorliegenden Angaben die Vermutung einer vorübergehend veränderten Geistesbeschaffenheit eine Stütze erfahren könnte. Die Wichtigkeit solcher Versuche hat als erster Sommer in seinem Lehrbuche der psychopathologischen Untersuchungsmethoden erläutert und an Beispielen aus der gerichtlichen Praxis dargetan. Auch hat Alber in den „Beiträgen zur psychiatrischen Klinik" ihre Bedeutung eingehend bewiesen.

Das Resultat des Alkoholversuchs illustrieren die Kurven auf Seite 90 und 91. I zeigt die von einem gesunden, alkoholfreien Manne erhaltenen Linien, gewonnen mit dem bekannten Sommer'schen Apparat. a ist die Stoßkomponente, b die der seitlichen Ausschläge, c verzeichnet die Schwankungen des Fingerdruckes in der Vertikalen. Im Vergleich hiermit sprechen II, III und IV für sich. II stammt von demselben Individuum, wie I, ist aber nach dem Konsum erheblicher Mengen Alkohols aufgenommen. III unterscheidet sich schon wesentlich von I insofern, als schon ohne Alkohol bei J. motorische Symptome in beständigen Niveauschwankungen der seitlichen und der Druckkomponente mit einer Anzahl von Zittererscheinungen zum Ausdruck kommen. In IV, aufgenommen bei J. nach dem Genusse von $1^1/_2$ Liter Bier und 1 Liter Weißwein, fällt besonders die Zunahme des seitlichen Tremors und eine starke Wirkung in der Drucklinie c. auf. Während zwischen I und II kaum merkliche Unterschiede zu finden sind, unterscheiden sich III und IV erheblich.

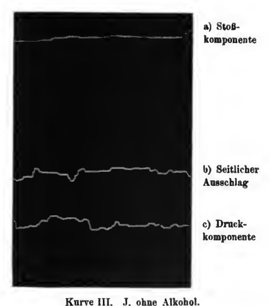
Abgesehen von diesen motorischen Symptomen bot J., der reichlich fünf Monate alkoholfrei war, bei diesem Versuch in seinem Verhalten nichts, was hätte besonders auffallen können. Er war heitrer Stimmung, ohne aber ausgelassen zu sein, ließ auch keine Neigungen zu Streitereien hervortreten, wußte hernach sich auf alles zu besinnen. Dies Verhalten konnte somit die Annahme einer Alkoholintoleranz erheblichen Grades nicht bestätigen, doch war die Tremorkurve nach Alkohol wenigstens soweit als verwertbares Dokument anzusehen, als damit bewiesen war, daß J. trotz korrekter äußerer Haltung in stärkerem Grade durch Alkohol toxisch beeinflußt wurde, als ein durchaus Gesunder. Die Möglichkeit, das zur Zeit der Tat gleiches in Frage kam, konnte somit nicht ganz ausgeschlossen werden. Betont sei, daß dieses Experiment in gewissem Sinne einen Beweis für die Ehrlichkeit des Angeschuldigten darstellt.



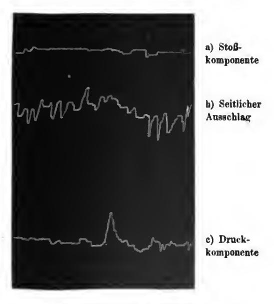

Kurve I. Gesunder ohne Alkohol.




Kurve II. Derselbe nach Alkohol in größeren Mengen.




Kurve III. J. ohne Alkohol.




Kurve IV. J. nach Alkohol.

Hätte er beabsichtigt zu täuschen oder zu übertreiben, so wäre dieser Versuch jedenfalls für ihn die beste Gelegenheit gewesen, um gewissermaßen ad oculos zu demonstrieren, daß er unter Alkohol ein anderer sei, wie sonst.

Sehr verständig verhielt er sich auch bei den mit ihm vorgenommenen Versuchen, die bezweckten, seine Merkfähigkeit in bezug auf die Erkennung ihn umgebender Personen, besonders nach Alkoholgenuß zu prüfen. Es war im höchsten Grade auffällig, daß J. im Momente des Eintrittes in die Wirtsstube, in der sich der traurige Vorgang abspielte, den Beleidiger in einer Person zu sehen glaubte, welche mit diesem notorisch keine Ähnlichkeit hatte. — Wir arrangierten also in einem größeren Zimmer nach genauem Plane eine Anzahl Personen, die dem J. bekannt waren, Ärzte, Pfleger, Kranke, verschiedenartig beschäftigt, teils sitzend, teils stehend, und führten dann den J. auf einige Augenblicke ins Zimmer. Einmal durfte er zehn Sekunden seine ganze Aufmersamkeit auf das Arrangement verwenden, ein andermal wurde er 20 Sekunden im Zimmer belassen aber abgelenkt durch die Aufforderung, aus dem Fenster zu sehen, die Ventilationsschächte des Nebenhauses zu zählen. Ein drittes Mal blieb er eine Viertelminute im Zimmer, diesmal aber hatte er die oben verzeichnete Menge Alkohol erhalten.

Versuch I ergab die wenigsten, Versuch III die meisten Fehler. Bei letzterem glaubte J. in einem anwesenden Pfleger einen anderen an Größe und Typus allerdings jenem ähnlichen gesehen zu haben, verwechselte also auch. Muß man sich auch hüten, diesen Versuchen allzugroße Bedeutung beizulegen, so beweisen sie doch, daß bei J. die Fähigkeit zur Identifizierung von Personen seiner Umgebung durch Alkohol herabgesetzt wird, obwohl er sich noch in einem Zustande befindet, dem deutliche Merkmale der Berauschtheit nicht abzusehen sind.

Kommen nun auch bei Hysterikern und Epileptikern bekanntermaßen Zustände veränderten Bewußtseins vor, in denen die Auffassung der Umgebung in dem Maße getrübt ist, daß es zu illusionären Verkennungen kommt, so ist doch darum keineswegs nun der Schluß berechtigt, daß nun solche Personenverkennungen immer nur in psychischen Ausnahmezuständen sich ereignen. Vielmehr kann bei ihnen wie bei jedem gesunden Menschen auch bei klarem Bewußtsein einmal eine solche vorkommen. Im vorliegenden Falle konnte der Irrtum im Augenblick der Tat zum Teil der mangelhaften Beleuchtung zugeschrieben werden. Man denke nur an den Qualm und Lampendunst, der eine schlecht beleuchtete ländliche Wirtsstube zur Mitternachtsstunde erfüllt. Auch ließ sich der Irrtum aus dem Affekt, in dem sich der Täter ohne Zweifel befunden, erklären. — Rätselhaft bleibt aber immer der Umstand, daß bei

J. die Voraussetzung, sein Gegner sei noch unter den Gästen, gar keine Korrektur erfahren hatte. War er völlig klaren Geistes, so hätte er sich doch sofort bei dem Wiederauftauchen der Erinnerung an den erlittenen Affront auf dem Nachhausewege sagen müssen: es hat keinen Zweck in das Lokal zurückzukehren, denn S. ist ja gar nicht mehr da. — Hierzu muß gesagt werden, daß J. auch später stets wieder behauptete, der S. sei noch mit im Wirtszimmer gewesen. Zur Erklärung bleibt nur die Annahme einer Erinnerungstäuschung übrig.

Überblickt man von diesem Standpunkte der Erörterung den ganzen Fall, so steht der Angeschuldigte vor uns als ein belasteter Mensch, bei dem von Jugenderkrankungen, die das Zentralorgan geschädigt haben könnten, nichts bekannt ist, der intellektuell dem Durchschnittstypus entspricht, der ohne Zweifel ein erregliches Temperament besitzt, das ihn schon verschiedentlich in Ungelegenheit gebracht hatte, als er nun abermals in schwerster Weise kriminell wurde. Haben die Recherchen auch nicht absolut eindeutige Beweise erbringen können, so sprechen doch zahlreiche anamnestische Momente dafür, daß man es mit einem psychisch abnormen, vielleicht mit einem epileptisch veranlagten Menschen zu tun hat. Mehrere Schädelkontusionen nicht unerheblichen Grades sind erwiesen. Dafür, daß J. an einer Neurose leidet, sprechen ferner die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung. Endlich liegen Kriterien für die Annahme einer verminderten Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol vor.

Es blieb noch übrig, die Tat selbst, ihre Ausführung, die Erinnerung des J. für ihre einzelnen Phasen zu prüfen. Hier sei darauf hingewiesen, daß bei Straftaten larvierter Epileptiker die Art der Ausführung und das Verhalten nach derselben manchmal diejenigen Momente in sich schließen, aus denen gerade der Schluß auf eine Bewußtseinstrübung des Täters zu ziehen ist.

Kurz nach dem hier geschilderten Fall hatte Referent Gelegenheit, einen im wiederholten Rückfall wegen Sittlichkeitsdeliktes angeklagten Menschen zu begutachten, bei dem dieser Satz zur Geltung kam. Wesentlich aus den Tatumständen, körperlichen Feststellungen und spärlichen Angaben bezüglich in der Jugend gezeigter, absonderlicher Züge konnte da der Schluß auf larvierte Epilepsie gezogen werden. Es erfolgte Freispruch, und nun traten wenige Monate nach demselben bei dem in die Freiheit Entlassenen zum ersten Male epileptische Anfälle und Dämmerzustände in die Erscheinung, die mit einem Male die ganze Sachlage klärten und das Resultat der Begutachtung vollauf bestätigten. Auch in diesem Falle lag ein protokolliertes Geständnis des Angeschuldigten vor, in dem alles eingeräumt wurde, so daß zunächst für den Untersuchungsrichter alles in Ordnung zu sein schien. „Der Angeklagte hat ja alles genau beschrieben, wie es vorgegangen ist,“ kann

man gelegentlich hören, „wie könnte das der Fall sein, wenn eine Bewußtseinstrübung bestanden hätte.“ Daß das protokollierte Geständnis oft nur ein Resultat des Verhörs, nicht aber des vom Angeschuldigten gegebenen Berichtes ist, wird viel zu wenig bedacht. In dem genannten Falle äußerte uns hernach der Angeklagte stets, er wisse nicht, was er gemacht habe. Hielt man ihm dann sein Geständnis vor, so bemerkte er, er sei befragt, ob die Sache so und so vorgegangen sei. So und so werde es von anderer Seite behauptet. Da habe er gesagt, wenn das die Zeugen sagten, so müsse es auch wohl so vor sich gegangen sein. Hernach habe er dann zu allem, was man ihm vorgelesen habe, ja gesagt und seinen Namen unter das Protokoll gesetzt.

So lag aber die Sache im Falle J. nun nicht. Ein scheinbar lückenloses Geständnis war sofort von ihm, ehe noch eine Behörde von einem anderen über den Hergang sich hätte informieren lassen können, gleich am Morgen nach der Tat gegeben worden. Seine Erinnerung schien eine völlig klare zu sein. Im wesentlichen hat man auch bei späteren Schilderungen von seiner Seite den Eindruck gehabt, daß er sich genau aller Einzelheiten erinnere. Aber bei sorgsamer Sichtung der Protokolle gelang es doch, einige Punkte (deren Ablengnung ganz nebensächlich für den Ausfall des Urteils sein mußte) zu finden, welche die Annahme, daß keine Erinnerungslücken bestanden, nicht unbedingt sicherten. J. gab an, daß er auf dem Nachhauseweg beim passieren des Hauses seines Gegners von plötzlicher Wut erfaßt sei und den schnellen Entschluß gefaßt habe, sich an jenem zu rächen. Nach der ersten Vernehmung wollte er die Büchse sofort geladen haben, nachdem er sie von der Wand genommen. Nach späterer Aussage wollte er dies erst unterwegs getan haben. — Weiter hieß es in der Selbstdenunziation am Morgen nach der Tat, er habe sich, daheim angelangt, sofort in das die Büchse bergende Zimmer begeben, später hieß es, er habe zunächst das Wohnzimmer im Erdgeschoß betreten und mit seiner Mutter geredet. So absolut klar, jedes Tatmoment sorgfältig erwägend hatte sich J. somit wohl doch nicht verhalten. Dazu stieß seine Befragung noch auf Schwierigkeiten, denn in seiner Unkenntnis des Motives, welches veranlaßte, mit ihm diese Vorgänge zu besprechen, verharrte er oft, wenn man ihn nach Einzelheiten der Tat befragte, in förmlich negativistischem Schweigen.

Bestände eine Bestimmung des Strafprozeßverfahrens, wonach jede Frage des Untersuchungsrichters, jede Äußerung des Vernommenen wörtlich gebucht würden, so würde der nach psychiatrischen und psychologischen Gesichtspunkten die Akten lesende Sachverständige bisweilen in die Lage kommen, an ihrer Hand den unter Umständen so wichtigen Beweis der partiellen Amnesie führen zu können. Unter gegenwärtigen Verhältnissen ist der Versuch der Sichtung eines Protokolls in dieser

Richtung zumeist ein aussichtsloses Unternehmen. Bei der Fassung des Protokolles über den Hergang der Tat, wie er dem Angeklagten erinnerlich sein sollte, war eine genaue Klarstellung dieser Momente nicht möglich. Aber selbst wenn wir Erinnerungslücken gefunden hätten und bis zur Evidenz beweisen könnten, so dürfte doch alsdann nicht vergessen werden, daß schon der hochgradige Affekt solche erklären kann. Fragen wir uns selbst einmal, ob wir für aufregende Ereignisse, denen wir beiwohnten, speziell für solche bei denen wir aktiv in hoher Spannung, Furcht oder zorniger Erregung beteiligt waren, immer ein bis in die Einzelheiten klares Erinnerungsbild besitzen. Das ist sicher nicht der Fall in den allermeisten Gelegenheiten. Der Nachweis kleiner Erinnerungsdefekte könnte uns also auch noch nicht bestimmen, bei J. zur Zeit der Tat eine pathologische Geistesverfassung anzunehmen. Daß aber jedenfalls ein hochgradiger Affekt bestanden hatte, in dem der abnorm erregliche J., der vielleicht als larvierter Epileptiker anzusehen ist, blindlings und ohne Überlegung und vernunftmäßige Erwägung handelte, das zum mindesten mußte nach unsrer Ansicht aus dem eigentümlichen Tatbestand der Verwechselung der Personen geschlossen werden und J. zugute kommen bei der Beurteilung seiner Strafbarkeit.

Wir sprachen uns nach alledem in der keine wesentlich neue Gesichtspunkte bietenden Verhandlung dahin aus: J. sei ohne Zweifel nervös veranlagt, so daß der Verdacht auf larvierte Epilepsie nicht von der Hand zu weisen sei. Bei Individuen von seiner Veranlagung seien transitorische Bewußtseinstrübungen nicht ungewöhnlich. Auch bedinge ihre reizbare Schwäche, daß sie in höherem Maße wie der Gesunde zu Affekten und Affekthandlungen neigten. — Daß bei J. ein ausgeprägter Zustand von verändertem Bewußtsein, ein Dämmerzustand, bestanden habe, sei nicht anzunehmen. Daß aber zum mindesten ein ganz abnorm starker Zornaffekt bestanden habe, sei außer Zweifel. Insbesondere spreche die Personenverwechslung im Augenblicke der Tat dafür, daß in diesem die Überlegung stark zurückgedrängt gewesen sein müsse.

Obwohl Referent noch die Frage der Verteidigung, ob er Zweifel in die Zurechnungsfähigkeit des J. setze, positiv beantwortete, plaidierte die Staatsanwaltschaft auf schuldig und stellte ihre Schuldfragen an die Geschworenen dahin: bezüglich des ersten Falles, ob der Angeklagte schuldig sei, die Tötung zwar vorsätzlich aber ohne Überlegung ausgeführt zu haben, oder, ob körperliche Mißhandlung mit tötlichem Ausgange vorliege. Jene Frage verneinten die Geschworenen, diese dagegen bejahten sie. Bezüglich des zweiten Falles lautete die Frage, ob J. schuldig sei, durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen herbeigeführt zu haben. Dies wurde ohne Zubilligung mildernder Umstände

bejaht. — Das Urteil lautete auf 5 Jahre und 9 Monate Zuchthaus, Anrechnung der Untersuchungshaft, Kosten des Verfahrens, Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte auf 5 Jahre.

Soweit sich die Psychologie der Geschworenen im allgemeinen und im einzelnen Falle beurteilen läßt, erscheint die Verneinung der ersten Frage betreffend vorsätzliche Tötung als Folge der Ausführungen über den Geisteszustand des Täters. Andrerseits ist in der Bejahung der zweiten und in der sich anschließenden Festsetzung eines relativ hohen Strafmaßes anscheinend die Tendenz unverkennbar, grade in solchen Fällen, in denen nach einem Freispruch die Bewahrung in einer Irrenanstalt nicht in Frage kommen kann, die Strafe als Sicherungsmittel gegenüber den gemeingefährlichen Handlungen solcher Personen anzuwenden.

Das Urteil führte aus: „Bei der Strafausmessung wurde in Erwägung gezogen, daß der Angeklagte, der am Abend der Tat ziemlich viel Alkohol zu sich genommen hatte und einen Streit mit einem gewissen S. hatte, bei dem er einen Schlag auf die Nase erhielt, so daß sie blutete, nach den Angaben des Sachverständigen bei Begehung der Taten sich in einem Zustande hochgradigen Affektes befunden hat, daß dadurch Überlegung und freie Willenbestimmung stark zurückgedrängt werden mußten, andrerseits daß die Tötung des X., mit dem der Angeklagte gar nichts zu tun hatte, und den er in Verwechselung seiner Person mit der des S. erschoß, sich als ein höchst verbrecherisches Tun darstellt, wozu selbst dem S. gegenüber, dem die Tat galt, kein Anlaß gegeben war. — In Anbetracht der obigen Erwägungen und mit Rücksicht auf das gemeingefährliche Verbrechen des Angeklagten, das so schwere Folgen nach sich zog — er schoß in einem mit Menschen gefüllten Wirtszimmer auf den Getöteten, wobei viele Leute (durch Streuung der Schrotschüsse waren noch mehrere in der Wirtsstube anwesend gewesene Personen unbedeutend verletzt worden) verletzt wurden und Gefahr für Leben und Gesundheit liefen — hielt das Gericht eine Zuchthausstrafe von 5 Jahren für angemessen. Bei der Beurteilung des Strafmaßes bzgl. der fahrlässigen Tötung ging das Gericht von der Erwägung aus, daß Angeklagter in gradezu frivoler Weise mit schußbereitem Gewehr sich in das von Menschen gefüllte Wirtszimmer begab und er sich sagen mußte, daß bei der geringsten Veranlassung ein großes Unheil eintreten könne usw. — Die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte geschah mit Rücksicht darauf, daß Angeklagter bei Begehung der Tat eine rohe, ehrlose Gesinnung an den Tag legte."

J. verzichtete auf Revision und trat die Strafe sofort an. Seine Führung im Strafvollzug ist eine tadellose seither. Gleich nach der Verurteilung schrieb er nochmals bereuend und voll Teilnahme für die durch sein Tun betroffenen Familien an die Seinen. Er ist einsichtig

und gefügig. Bei einem Besuche, den ihm Referent nach Ablauf des ersten Strafjahres machte, war er für alle Mühe, die man sich mit ihm gegeben habe, dankbar. Am meisten wurmte ihn nach seiner Mitteilung der Umstand, daß er im Plaidoyer des Staatsanwaltes als ein roher und brutaler Mensch bezeichnet worden war. Das, meinte er, habe er nicht verdient. —

Der Gefängnisarzt berichtet nach anderhalbjähriger Dauer des Strafvollzuges, daß J. mit geradezu rührender Resignation sich in sein Schicksal füge. Er stehe seiner Tat noch heute ohne jedes Verständnis gegenüber, obwohl er doch gar keinen Grund zur Verheimlichung irgendwelcher auf dieselbe bezüglicher Momente habe. Nur aus anhaltendem Alkoholmißbrauch zur kritischen Zeit vermöge er sie sich zu erklären.

Die vorliegenden Ausführungen wenden sich, entsprechend dem Zwecke, welchen die „Klinik“ verfolgen will, unter anderem auch an den auf dem Gebiete der forensischen Psychiatrie noch unerfahrenen Arzt. Sie sollen ihn Verschiedenes lehren. Zunächst, daß man mit dem Urteil über die Verantwortlichkeit eines unter dem Einfluß des Alkohols handelnden Menschen nie vorschnell in absprechendem Sinne zur Hand sein soll. Viele Straftaten, die bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck erwecken, daß man es mit einem außerordentlich rohen Menschen zu tun hat, sind darauf verdächtig, daß es sich bei ihnen um eine kompliziertere Sachlage handelt, wie man vermutet. Es ist wohl als Regel anzuerkennen, daß es sich bei den meisten Affektverbrechen um Individuen handelt, die bei genauerer Prüfung ihres Vorlebens und bei der Untersuchung ihrer körperlichen und geistigen Eigenschaften Abweichungen vom durchaus gesunden und normalen Typus erkennen lassen. Sehr oft gehören sie dem so breiten psychisch-nervösen Grenzgebiete an. — Wo die noch verantwortliche Beschränktheit aufhört und der nicht mehr verantwortliche Schwachsinn beginnt, wo nur stark nervöse Gesamtkonstitution besteht bzw. wo bereits von einer ausgeprägten Psycho-Neurose gesprochen werden kann, ist oft ebenso schwer zu entscheiden, wie die Frage, ob man es noch mit einem aus stark entwickelten Rechtssinn querulierenden Menschen zu tun hat, oder schon mit einem pathologischen, ins Gebiet der Paranoia zu rechnenden Querulanten sensu strictiori. Oft genug wird in solchen am Scheidewege stehenden Fällen der Richter noch Verantwortlichkeit annehmen, wo der Arzt bereits mit größerer Wahrscheinlichkeit zur Annahme geistiger Störung und direkt krankhafter Veranlagung geneigt ist.

Ärzte sowohl wie Richter können irren. Erst die weitere Entwicklung eines Falles nach der Verurteilung oder nach dem Freispruch führt bisweilen diejenigen Momente herbei, welche geeignet sind, ihn endgültig zu klären. Sommer hat in seinem Lehrbuche der psycho-

pathologischen Untersuchungsmethoden (S. 102 sqq.) einen Kriminalfall veröffentlicht, der in dieser Beziehung sehr lehrreich ist, und auf den hier verwiesen werden soll. — Auch bei J. können im Laufe der Zeit noch Züge in die Erscheinung treten, welche der Hypothese, daß er ein larvierter Epileptiker sei, eine weitere Stütze verleihen.

In Fällen wie dem hier geschilderten ist es zwecklos, über Freiheit oder Unfreiheit des Willens Erörterungen anzustellen. Vielmehr ist es Aufgabe der klinischen Psychiatrie und der Kriminalpsychologie, durch genaue Untersuchungen mit geeigneten motorischen und experimentell-psychologischen Methoden die Beweisführung immer mehr zu einer so exakten zu gestalten, daß die Veranlagung und die besondere Art der Reaktion des zu Beurteilenden klar herausgestellt wird: Nur so kann ein Einblick in das Zustandekommen der Handlung erlangt werden.

## Nachtrag:

Feststellungen über die Art der kriminellen Belastung einer Persönlichkeit sind von gleichem Interesse, wie solche bezüglich der speziellen Färbung bei Blutsverwandten etwa beobachteter Psychosen Wir hoben schon hervor, daß der Vater des J. mehrfach wegen Körperverletzung bestraft war. Eigentümlicherweise handelte es sich auch bei ihm in einem Falle um einen Akt der Parteinahme. Nachträglich konnten wir dann noch festsellen, daß ein Verwandter des J., der auch den gleichen Vornamen trägt, unehelicher Sohn einer Schwester der Großmutter des J., mehrfach Affektverbrechen begangen hat und neuerdings einer hessischen Landesirrenanstalt zugeführt werden mußte. Hier handelte es sich offenbar ebenfalls um einen Epileptoiden.

II.

# Ueber die porenkephalische Form der zerebralen Kinderlähmung.

Von **Dr. A. Dannenberger** in Gießen.

---

Der Ausdruck zerebrale Kinderlähmung enthält im genauen Sinne nur die Feststellung, daß es sich im einzelnen Falle um eine bei Kindern beobachtete Lähmung zerebralen Ursprungs handelt, wodurch ursprünglich der Gegensatz zu den anderweitig, besonders den medullär bedingten Formen von Lähmungserscheinungen bei Kindern bezeichnet war. Das Wort zerebrale Kinderlähmung ist also ein allgemeiner Sammelname, durch den über die besondere Art des Hirnzustandes nichts gesagt ist, bedeutet also einen weiteren Begriff, in den eine Reihe von besonderen klinischen Gruppen gehören. Im folgenden wollen wir die porenkephalischen, auf einer Höhlenbildung im Großhirne beruhenden Fälle hervorheben.[1])

Die zerebrale Kinderlähmung ist im allgemeinen dadurch charakterisiert, daß bestimmte Einflüsse, die von zerebralen Organen durch Vermittlung der Pyramidenbahnen auf die motorischen Zentren im Rückenmark ausgeübt werden, schon frühzeitig durch eine zerebrale Erkrankung in verschieden hohem Grade ausgeschaltet werden. Alle von letzteren abhängigen muskulären Fähigkeiten sind demnach an sich intakt, treten aber, da der beherrschende Faktor der Gehirntätigkeit mehr oder minder ausgeschaltet ist, klinisch in abnormer Weise zutage. Der Typus der zerebralen Kinderlähmung ist also im allgemeinen der einer spastischen Parese mit Reflexsteigerung.

---

[1]) Sommer, Porenkephalie und zerebrale Kinderlähmung. Zur psycho-pathologischen Nomenklatur. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Bd. XV. H. 3.

Aus der großen Menge der Angeboren-Schwachsinnigen (Imbezillen und Idioten) heben sich einige Gruppen heraus, bei denen die klinische und pathologisch-anatomische Forschung die Eigenart der betreffenden Formen bereits so weit erwiesen hat, daß man die bestehende Idiotie nicht mehr als eine Krankheit sui generis auffassen darf, sondern sie als ein Symptom eines bestimmten zugrunde liegenden Krankheitszustandes bewerten muß. Hierher gehören die Fälle, bei denen der psychische Defekt als Folgeerscheinung der Hydrokephalie, der Mikrokephalie, der Porenkephalie, des Kretinismus zu gelten hat.

Auch die Porenkephalie selbst, die uns im Folgenden beschäftigen soll, kann nicht als eine einheitliche Krankheit sui generis bezeichnet werden, sondern ist nur Folgeerscheinung bestimmter primärer Krankheitsprozesse am Gehirn. Der pathologisch-anatomische Charakter ist der einer Höhlenbildung, wozu neben den Fällen mit Ansammlung seröser Flüssigkeit auch die Trichterbildungen mit Mikrogyrie gehören,[1]) und es ist zum Verständnis des Befundes der Nachweis der Grundkrankheit notwendig, deren Folge und Überrest der anatomische Befund darstellt. Es steht fest, daß wir die Porenkephalie in den meisten Fällen als das Ergebnis enkephalitischer und meningo-enkephalitischer Prozesse oder traumatischer Einwirkungen anzusehen haben.

Es handelt sich bei der folgenden Darstellung zunächst um den Zusammenhang zwischen anatomischem Befund bei porenkephalischer Idiotie und den daraus resultierenden klinischen Symptomen.

Die Gehirnerkrankungen, deren Endergebnis die porenkephalische Höhlenbildung ist, fallen in die erste Lebensperiode des Kindes oder auch in die Zeit von dessen fötaler Existenz. Die letzteren Fälle weisen als ätiologisches Moment nicht selten ein Trauma auf, das den graviden Uterus getroffen hat; psychische Traumen, welche die Mutter erlitten hat, dürften als Ursachen einer späteren organischen Hirnkrankheit des Fötus kaum glaubhaft sein. Traumatischer Natur sind auch die Schädigungen, die im Verlaufe der Geburt die Ursachen für spätere Porenkephalie werden; es handelt sich hier um Kompressionen des Schädels beim Passieren der Beckenenge, die zur Zerreißung der venösen Sinus mit destruierender Blutung im Schädel führen oder auch eine direkte Läsion der einer unmittelbaren Einwirkung des Druckes ausgesetzten Gehirnteile, also der Region der Fossa Sylvii, zur Folge haben können. Der Endeffekt kann ein mehr oder minder großer Defekt der Gehirnsubstanz sein.

Was endlich die im ersten Lebensabschnitte des Kindes eintreten-

[1]) Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. 2. Aufl. 1901. S. 21, 210—219. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1905. S. 837 ff.

den Herderkrankungen betrifft, die in eine Porenkephalie ausgehen können, so sind sie entweder gleichfalls, jedoch selten, traumatischer Art — Schädelverletzungen — oder ausgesprochen entzündlich. Die letzteren wiederum stellen sich dar entweder als sekundäre lokale Erkrankungen bei infektiösen Kinderkrankheiten (Scarlatina, Variola, Morbilli, Pertussis) oder als spezifische infektiöse Enkephalitis. Speziell die letztere ist auch klinisch besonders deutlich charakterisiert, ätiologisch scheint sie derselben Genese zu sein wie die im Rückenmarke sich abspielende Poliomyelitis anterior, welche zur schlaffen Lähmung mit Reflexstörung führt und als Typus der medullären Form der Kinderlähmung gegenüber der zerebralen dienen kann.

Alle diese Erkrankungen können in Porenkephalie ausgehen. Der anatomische Befund ist dann ein narbiger Defekt an irgendeiner Stelle des Großhirns, mit Vorliebe in der Gegend der Fossa Sylvii. Hier findet man den Substanzverlust mit oder ohne Beteiligung der Pia, mit oder ohne Mikrogyrie, mit oder ohne Zystenbildung. Manchmal verbindet sich damit Atrophie der ganzen betreffenden Gehirnhälfte.[1])

Die klinischen Erscheinungen der Porenkephalie sind aus der anatomischen Grundlage direkt ableitbar und bestehen teils in Ausfalls-, teils in Reizerscheinungen. Letztere treten als epileptische Anfälle auf, meist vom Typus der genuinen Epilepsie, manchmal von dem der Jacksonschen. In letzteren Falle betreffen sie nur die Muskulatur der anderen Seite und sind oft gar nicht mit Bewußtseinsdefekten verbunden.

Die Ausfallserscheinungen sind

a) psychischer Art. Die Porenkephalen sind meist imbezill oder idiotisch. Auch die Sensibilitätsstörungen, die man zuweilen beobachtet, dürften wesentlich auf dem Verlust der Perzeptionsfähigkeit beruhen.

b) nervöser Art. Der Verlust motorischer Rindenzentren bedingt einerseits Verlust oder Verminderung willkürlicher Innervationsfähigkeit und andrerseits Ausschaltung von Reflexhemmungsfunktionen. Aus diesen beiden Faktoren setzt sich dann die spastische Parese mit Reflexsteigerung auf der dem Gehirndefekt gegenüberliegenden Körperhälfte zusammen. Aus der Parese resultiert in den meisten Fällen eine Inaktivitätsatrophie der betroffenen Muskulatur und schließlich der ganzen Extremität. Da aber dabei die Zentren in den Vorderhörnern des Rückenmarks intakt sind, so kann die Atrophie keine völlige sein und die Entartungsreaktion fehlt. — Infolge der zere-

[1]) Einen sehr interessanten Fall dieser Art beschreibt z. B. Stark in der Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. 1875. (Bd. XXXII.) S. 260 ff.

bralen Lähmung der Muskulatur überwiegen, wie stets, die Beuger über die Strecker, und es stellen sich in den meisten Fällen entsprechende Kontrakturen ein.

c) trophischer Art (Entwicklungshemmungen) besonders des Knochensystems, welches in der Entwicklung zurückbleibt, so daß bei dem Wachstum der gesunden Seite die Differenz immer stärker wird. — Neben den bekannten Erscheinungen sind besonders auch solche morphologischer Art zu beachten. Bei Verkleinerung der Gehirnmasse auf einer Seite wäre eigentlich auch eine solche der entsprechenden Hälfte der Schädelkapsel zu erwarten; da aber die eine Gehirnhälfte sehr wahrscheinlich zu gleicher Zeit auch tropho-neurotische Zentren für die andere Schädelhälfte, ebenso wie für die gekreuzten Extremitäten enthält, so kann mit einer Schädigung der einen Gehirnhälfte auch eine solche der gegenüberliegenden Schädelhälfte mit einer seitlichen Hinüberschiebung des Gehirns nach der kranken Seite einhergehen. Am Schädel treten die morphologischen Anomalien in Gestalt von Asymmetrien auf.

Aus den erwähnten klinischen Folgen der Porenkephalie hebt sich nun in typischen Fällen mit charakteristischer Deutlichkeit die bekannte Symptomentrias der Krankheit hervor: 1. Schwachsinn, 2. Epilepsie, 3. spastische Parese mit Entwicklungshemmungen an den spastisch-paretischen Partien.

Bemerkt muß noch werden, daß es je nach der Lage des Herdes Fälle von Porenkephalie gibt, bei denen irgend eines oder zwei oder gar alle Kardinalsymptome fehlen können. Die spastische Parese im besonderen kann ersetzt sein durch Hemichorea, Hemiathetose oder allgemeine Athetose oder Chorea.[1])

Nach diesen einleitenden Bemerkungen behandeln wir im folgenden mehrere einschlägige Fälle. Wir entwickeln besonders beim ersten die Anamnese und den Befund in der Weise, wie sie allmählich ins diagnostische Bewußtsein getreten sind. — Der letzte Fall ist besonders wichtig, weil er zur Autopsie kam, wobei ein Vergleich der Gehirnzerstörungen mit den klinischen Symptomen möglich wurde und namentlich auch der Rückenmarksbefund festgestellt werden konnte, der ebenfalls aus dem Gehirndefekte verständlich wird.

I. N. H. aus H., geboren am 19. XII. 1883, wurde am 22. August 1905 in die Klinik für psychische und nervöse Krankheiten zu Gießen aufgenommen, weil ihr stets zunehmend unsoziales Verhalten es der Familie unmöglich machte, sie länger in eigener Pflege zu halten. Das Mädchen war enorm reizbar und bei jedem kleinen Zwischenfall, der ihr nicht behagte, aufs äußerste erregt. Rücksichtslos nimmt sie dann irgend einen Gegenstand, der ihr im Bereich der Hände

[1]) Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, S. 846.

liegt, um ihn als oft sehr gefährliches Wurfgeschoß gegen den Unvorsichtigen zu gebrauchen, der sie gereizt hat. In ihren Zuständen zorniger Erregung geht sie oft auf die Straße und beschimpft in der schlimmsten und anstößigsten Weise ihre Familie; dadurch lockt sie die Straßenkinder an, die sich um sie versammeln, um sie zu verhöhnen; hierauf reagiert nun sie wieder durch Schelten, Mißhandlungen, Steinewerfen. Auch ohne eine besondere momentane Ursache zu haben, wird sie öfters ganz plötzlich gefährlich; sie ging z. B. einmal ganz unerwartet mit gezücktem Messer auf ihre jüngere Schwester los und drohte, ihr den Hals abschneiden zu wollen. Durch ihr unsoziales Verhalten hat sie ihre Eltern von Mietswohnung zu Mietswohnung getrieben, weil niemand einen so unangenehmen und gefährlichen Gast im Hause haben wollte. Als dann speziell in der letzten Zeit einige besonders gefährliche Handlungen vorkamen, ließ sich die Einweisung in eine geschlossene Anstalt nicht mehr länger umgehen.

Es ergab sich bald, daß der Zustand zeitlich schon weit zurückreichte. Aus dem früheren Leben des Kindes gibt die Mutter an, daß dieses von jeher geistig nicht vollwertig gewesen sei. Schon seit den ersten Lebensjahren erwies es sich als schwerfällig, bösartig, reizbar; es lernte erst im dritten Lebensjahre sprechen. In der Volksschule kam N. gar nicht voran, vermochte gar keine Begriffe zu bilden, sich auf keinen Gegenstand zu konzentrieren, trieb Allotria und verhöhnte den Lehrer. Sie wurde bald als schwachsinnig erkannt und in eine Idiotenerziehungsanstalt gebracht. Dort konnten ihr einige elementare Schulkenntnisse notdürftig und nur mechanisch beigebracht werden. Als sie wieder nach Hause kam, erwies sie sich als zu selbständiger Existenz nicht fähig, entwickelte sich vielmehr in der oben erwähnten Weise immer mehr zu einem unsozialen Wesen.

Bis hierher deutet die Anamnese auf einen angeborenen oder in den allerersten Lebensjahren erworbenen Schwachsinn. Daß man aber hier nicht schlechthin die Diagnose Idiotie oder Imbezillität stellen darf, geht aus den bei weiterer Exploration gemachten Angaben der Mutter hervor.

Pat. ist drei Wochen früher zur Welt gekommen, als ihre Mutter erwartet hatte. Trotzdem dauerte die Geburt im ganzen einige Tage. Am Neugeborenen fielen der Mutter eigentümliche zitternde Zuckungen auf, die öfters wiederkehrten, sich aber nach ca. vier Wochen allmählich verloren. Später traten Zahnkrämpfe ein. Im fünften Lebensjahr machte Pat. eine fieberhafte Krankheit durch, bei der sie sehr lebhaft phantasierte, und nach deren Ablauf epileptische Krampfanfälle auftraten und bis auf den heutigen Tag bestehen. Anfangs in jeder Woche kommend, wurden sie später an Zahl geringer und zeigten sich dann nur ungefähr alle vier Wochen.

Die allgemeine Diagnose Idiotie ist nach dieser anamnestischen Angabe zunächst im Sinne einer epileptischen Form zu gestalten. Es erhebt sich nun die diagnostische Frage, ob die Demenz eine rein epileptische oder ob sie mit der Epilepsie zusammen nicht selbst wieder ein dieser gleichwertiges Symptom einer bestimmten Grundkrankheit sei. Bis zu diesem Punkte der Anamnese kann eine genuine Epilepsie immer noch in Betracht gezogen werden. Allerdings kommt mit jener fieberhaften Erkrankung, an die sich dann die regelmäßige Wiederkehr epileptischer Krämpfe schloß, ein Moment

in die Anamnese, die zuerst an eine symptomatische Natur der Krämpfe denken läßt. Die Familienanamnese gibt keine bestimmten Anhaltspunkte in der Richtung einer genuinen Epilepsie.

Pat. hat vier lebende Geschwister, die in der Jugend alle schwächlich waren; eines hatte während des Zahnens Krämpfe, eines Rachitis, einige öfters Kopfschmerzen; alle waren sie blutarm. Die Mutter schildert sich selbst als nervös und reizbar, durch jeden Zwischenfall oft ganz unverhältnismäßig aufregbar. Auch leidet sie fast konstant an Kopfschmerzen. Sonst ist die Familie nicht belastet, der Vater kein Trinker.

Aus diesen Daten entnehmen wir nervöse Züge in der Blutsverwandtschaft, jedoch keine einwandsfreien Hinweise auf eine ausgeprägt epileptische Belastung. Dagegen ergibt sich aus den folgenden Angaben ein Fingerzeig auf eine organische Erkrankung des Gehirns als Ursache der Epilepsie.

Die Mutter bemerkte von Anfang an, daß die Krämpfe nur die eine Körperhälfte ergriffen. Sie begannen mit allgemeiner Starre, dann aber fing der linke Arm an, stark zu zucken, auf dem Höhepunkt des Anfalls war auch das linke Bein sehr stark beteiligt. Beteiligung der rechten Extremitäten wird von der Mutter mit Bestimmtheit in Abrede gestellt.

Schon in den ersten Lebensmonaten fiel der Mutter auf, daß das Kind einen Unterschied machte im Gebrauche seiner Arme und Hände. Als es schon mit der rechten Hand die ihm vorgehaltenen Gegenstände ergriff, schonte es merklich den linken Arm. Das ist denn auch immer so geblieben. Dazu kam noch das Offenbarwerden der Schwäche des linken Beines, als das Kind — im dritten Lebensjahr — laufen lernte.

Mit der Mitteilung, daß bei den Krämpfen stets nur die eine Körperhälfte beteiligt ist, und daß Differenzen in der Leistungsfähigkeit der beiderseitigen Muskulatur zu Ungunsten der linken Seite bestehen, kommt das wichtigste diagnostische Merkmal in die Anamnese. Es weist dies darauf hin, daß irgendwo im Zentralnervensystem eine Reizung der motorischen Zentren der einen Seite vorhanden ist. Da bei den Krämpfen Bewußtlosigkeit besteht, mit der allgemeine epileptische Zustände verbunden sind, so muß die Reizung im Gehirn liegen. Da weiterhin die ganzen Symptome seit den ersten Lebensjahren des Kindes unverändert geblieben sind, so muß es sich um einen im wesentlichen stationären Zustand handeln. Tumor, Gumma, Tuberkel fallen demnach ganz weg. Es ist also aus der Anamnese die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Porenkephalie zu stellen. Die bei den Krämpfen eintretende Bewußtlosigkeit spricht für eine Beteiligung der Großhirnrinde. Eine nähere Lokalisation des Herdes schon auf Grund der anamnestischen Angaben der Mutter vorzunehmen, geht aus Gründen der Vorsicht nicht an und muß von dem Ergebnis der körperlichen Untersuchung abhängig gemacht werden.

Dagegen kann das ätiologische Moment der Erkrankung erwerden. Wenn man vielleicht bei der Berücksichtigung des Um-

standes, daß die epileptischen Krämpfe mit Regelmäßigkeit erst im Anschluß an die im fünften Lebensjahr überstandene fieberhafte Erkrankung kamen, an eine akute infektiöse Enkephalitis hätte denken können, so schwindet diese Möglichkeit mit der bestimmten Aussage der Mutter, daß das Kind bereits in den ersten Lebensmonaten eine Schwäche der linken Hand zeigte. Das schädigende Moment liegt also vor dieser Zeit. Nun ist das Kind erst nach mehrtägigem Kreißen der Mutter zur Welt gekommen; als es geboren war, hatte es anfallsweise Zittern am Körper; dieses Zittern trat zunächst während mehrerer Wochen häufig auf, besserte sich dann und verlor sich.

Auch schrie das Kind von Geburt an mit einer ganz auffallenden Stimme, die sich von der anderer Kinder deutlich unterschied. Auch das verlor sich nach einigen Wochen.

Zittern und Stimmanomalie machen wegen des Umstandes, daß sie nach einiger Zeit vollständig verschwanden, den Eindruck, als ob es ganz akute Reizerscheinungen gewesen seien, etwa die Folgen einer Blutung, die das Gehirn erst reizte, dann zum Teil zerstörte, dann allmählich aufgesaugt wurde und in Gestalt einer Narbe schließlich ausheilte, wodurch dann der porenkephalische Defekt zustande kam. Der lange schwierige Geburtsverlauf läßt die Annahme einer intraparturiellen Blutung als gerechtfertigt erscheinen. Allerdings wird noch angegeben:



Bild 1.
Porenkephalin N. H. Atrophie des l. Beines, leichter Grad von Spitzfußstellung.

Als die Mutter mit der Patientin im fünften Monat schwanger ging, wurde sie eines Tages von ihrem Stiefvater schwer mißhandelt, zu Boden geworfen und mit Fußtritten gegen den Bauch traktiert. Von diesem Zwischenfall datiert die Mutter ihre eigene nervöse Reizbarkeit.

Man kann zweifelhaft sein, ob man dem Geburts- oder dem Schwangerschaftstrauma die Schuld an dem Leiden der N. H. beimessen soll. Jedes einzelne würde genügen, am wahrscheinlichsten ist das erstere.

Läßt sich im vorliegenden Falle wie gesagt schon allein aus der Anamnese mit einiger Wahrscheinlichkeit Porenkephalie an-

nehmen, so macht der Befund diese Auffassung noch sicherer. Das folgende Ergebnis der klinischen Untersuchung liefert neben den typischen Merkmalen der Krankheit eine Anzahl von bemerkenswerten Einzelheiten.

Pat. ist gut genährt und relativ gut entwickelt, hat keine Merkmale einer akuten körperlichen Krankheit. Die inneren Organe erweisen sich als gesund.

Morphologisch bietet sie folgende Anomalien. Am Schädel ist eine deutliche Asymmetrie erkennbar. Das rechte Tuber frontale ist gegen das linke vorspringende deutlich abgeflacht, andererseits ist die rechte Hälfte des Frontalbogens mit 13,5 cm größer, als der linke mit 12,7 cm (s. Meßblatt Figur 2). Starke

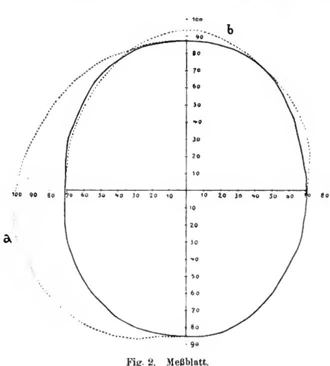



Fig. 2. Meßblatt.

Anomalien am Gesichtsschädel fallen nicht auf, jedoch erscheint beim Blick von unten die r. Wange weiter vorspringend als die l. Die Lidspalten sind gleichweit, das Gesicht breit.

Dazu kommen Differenzen in der Entwicklung der Extremitäten. Die linken Extremitäten sind wesentlich schwächer entwickelt als die rechten (s. Bild 1).

| | |
|---|---|
| Größter Umfang der Wade | l. 26,5 r. 30,8 |
| „ „ des Oberschenkels | l. 45,5 r. 48 |
| „ „ „ des Armes | l. 21,8 r. 23 |
| Länge des Beines (Spina ilei bis Mall. ext.) | l. 83, r. 84. |

Die motorischen Tätigkeiten und Reflexe weisen eine erhebliche Differenz der beiden Körperhälften auf. Der linke Fuß wird in Spitzfußstellung gehalten, Pat. geht links auf den Zehen; der Gang ist breitspurig, unbeholfen, das linke Bein wird dabei im Bogen herumgehoben. Der linke Arm kann nur bis zu einem Winkel von ca. 160° gestreckt werden (Kontraktur). Der Händedruck ist links wesentlich schwächer als rechts, Pat. drückt links 6 kg, rechts 18 kg.

Bei passiven Bewegungen in den Gelenken der linken Extremitäten treten deutliche spastische Hemmungen auf. Willkürliche Bewegungen der Pat. bekommen infolge des starken Ausfahrens nach unbeabsichtigten Richtungen den Charakter des Ataktischen, etwa wie bei einem Intentionstremor stärksten Grades. Am deutlichsten bemerkt man das, wenn man Pat. nach einem vorgehaltenen Gegenstande greifen oder sie bestimmte Bewegungen mit dem Fuß ausführen läßt.

Auch im Gesichte besteht eine deutliche Innervationsschwäche der l. Hälfte (s. Bild 3), der linke Mundwinkel steht beim Zähnefletschen etwas tiefer als der rechte. Die Zunge weicht beim Herausstrecken nicht ab.

Sämtliche Muskeln und Gelenke der rechten Körperhälfte sind normal. Dagegen entspricht der spastischen Hyperkinese der Extremitäten bei aktiven Bewegungen das Silbenstolpern beim Sprechen schwieriger Worte.



Bild 3.
Porenkephalin N. H. Gesichtsasymmetrien.

Von Wichtigkeit ist das Verhalten der Reflexe. Die Kniephänomene sind beiderseits schleudernd, links klonisch. Fußklonus kann links ausgelöst werden, rechts nicht. Beim Bestreichen des äußeren Fußrandes streckt sich links die große Zehe energisch (Babinski'scher Reflex), rechts fehlt dies Phänomen. Der linke Bauchreflex ist erheblich gesteigert, rechts kann er eben noch ausgelöst werden. Die übrigen Muskel- und Sehnenreflexe weisen wesentliche Differenzen nicht auf.

Die Pupillen sind mittel- und gleichweit, reagieren prompt auf Lichteinfall.

Die Sensibilität kann wegen des unzweckmäßigen Verhaltens der Patientin nicht genauer geprüft werden. Die Untersuchung wird von ihr nur von der komischen Seite aufgefaßt, und jede Berührung mit dem Haarpinsel oder mit der Nadel löst ein unbändiges Lachen aus. Jedoch scheint Pat. an der linken Rumpfhälfte ganz außerordentlich kitzelempfindlich zu sein, und der Furcht, hier berührt zu werden, entspringen die unter lautem Jauchzen gegen jede Berührung gerichteten Abwehrbewegungen. Einzelne Berührungen an der rechten Rumpfhälfte

lassen jedenfalls eine starke Reaktion vermissen. In die Hohlhand geschriebene Zahlen werden links meist nicht, rechts dagegen richtig erkannt.

Auffallend ist die Störung des stereognostischen Sinnes. Pat. vermag die Gegenstände, die man ihr bei verbundenen Augen in die linke Hand gibt, wie Messer, Arzneiglas, Bleistift, Trinkglas, Schere, Buch, Geld, Bürste usw., nur in ganz vereinzelten Fällen zu erkennen, sofort dagegen, wenn sie dieselben mit der rechten Hand betasten kann.

Die körperliche Untersuchung liefert sonach die Bestätigung für die schon aus der Anamnese berechtigte Vermutung, daß Schwachsinn und Epilepsie in diesem Falle Symptome einer organischen Erkrankung des Gehirns, nämlich einer rechtsseitigen Porenkephalie seien. Einseitige spastische Parese mit Entwicklungshemmung bei Fehlen einer starken Atrophie der betroffenen Muskeln, angeborener Schwachsinn, Epilepsie, die Symptomentrias der typischen Porenkephalie, sind vorhanden. Dazu kommen einseitige Sensibilitäts- und Tastempfindungsanomalien, differentes Verhalten der Reflexe beider Seiten, um ebenfalls mit Bestimmtheit auf das organische Hirnleiden hinzuweisen. Letztere Symptome zu beachten und zu bewerten, darf deshalb nicht unterlassen werden, weil, wie schon erwähnt, von den genannten Kardinalsymptomen eines oder zwei oder alle fehlen können, vor allem aber, weil es sich im Gebiete der Porenkephalie wie in dem allgemeinen der organischen Nervenkrankheiten darum handelt, nach Möglichkeit den Sitz der Störung zu bestimmen. Bei der verhältnismäßig geringen Wachstumshemmung der Extremitäten und der einseitigen Störungen des stereognostischen Sinnes ist es wahrscheinlich, daß der porenkephalische Herd in diesem Fall im rechten Scheitelhirn dicht an den motorischen Zentren sitzt.

Das psychische Verhalten der Pat. während des Aufenthaltes in der Klinik war das einer Angeboren-Schwachsinnigen. Das geistige Niveau kam etwa dem eines 8jährigen Kindes gleich. Über alle menschlichen Verhältnisse hat sie noch die kindlichsten Vorstellungen; sie glaubt noch an den Storch, der der Mutter ins Bein heißt, wenn er ihr ein kleines Kind ins Bett legt; kann viele Sammelbegriffe wie Tierart, Maßeinheiten, Zeit, Geld nicht bilden, mit Summen über 10 Mark gar nicht rechnen; nur einstellige Zahlen kann sie fehlerlos addieren.

Epileptische Krämpfe wurden nur ganz vereinzelt während des Aufenthaltes der Patientin in der Klinik beobachtet, öfters aber kam Bettnässen vor. Es bestand stets eine große Reizbarkeit, Neigung zu tätlichen Angriffen auf Personen, die ihr mißfielen, dazu Oberflächlichkeit der Gemütsbewegungen mit großer Ablenkbarkeit und Beeinflußbarkeit. Es wurde eine Reihe von Versuchen gemacht, das Mädchen in der Gesellschaft von andern Patienten nützlich zu beschäftigen. Diese Versuche hatten alle den gleichen, am Ende ungünstigen Verlauf. Eine Zeitlang vertrug sie sich mit ihrer Umgebung ganz gut und leistete als Strumpfstrickerin brauchbare Arbeit. Nach einigen Tagen aber bereits begannen meist die Anzeichen beginnender Unzufriedenheit und Erregung über kleine Zwischenfälle oft harmlosester Art bemerkbar zu werden; man sah Pat. oft weinend und laut klagend, auch schimpfend und drohend im Hause oder im Garten umherlaufen;

ließ man sie weiter in der Gesellschaft, so brach der Affekt bei einer oft ganz nebensächlichen Ursache durch; Pat. bekam einen heftigen Wutausbruch, schlug unter Schreien, Schimpfen, Toben blind um sich, machte heftige Angriffe auf die Patientinnen, die ihrer Ansicht nach ihr Unrecht zugefügt hatten: in der Tat aber war fast stets sie mit ihrer Unverträglichkeit die Ursache des Streites. Sie scheint nachträglich auch eine Vorstellung von ihrer eigenen Schuld zu haben; denn wenn sie auch letztere keineswegs zugibt, vielmehr der Gegenpartei alles zuschiebt, so sucht sie doch ihre eigene Handlungsweise bei Beschreibung des Sachverhaltes zu umgehen — freilich in sehr ungeschickter Weise — und verspricht unmittelbar danach freiwillig, sie wolle wieder brav sein, es nicht wieder tun, man solle sie wieder in die Gesellschaft der andern bringen. Der Zorn ist, wenn alle äußeren Reize ausgeschaltet werden, sehr bald verraucht, sie kann zuweilen sogar durch eine psychische Besänftigung in Gestalt einer Limonade, eines Stücks Schokolade, ja selbst eine tröstende Zusicherung so rasch von ihren Vorstellungen abgelenkt werden, daß die fröhliche Stimmung bald zurückgekehrt ist. Meist aber ist doch Separierung indiziert. Da nun diese Zornausbrüche mit Bestimmtheit wiederkommen, sobald man der Pat. die Gesellschaft der andern Schwachsinnigen gestattet, so macht sie die sorgfältigste Kontrolle ihrer jederzeitigen Gemütslage nötig, damit beim Bemerkbarwerden von Symptomen, welche das Herannahen eines ihrer hemmungslosen Affektausbrüche anzeigen, die geeigneten Anordnungen getroffen werden können, um die Umgebung zu schützen. Es ist klar, daß in der Freiheit oder in einer nicht ärztlich geleiteten Anstalt solche genaueren Beobachtungen und Maßregeln kaum zu erwarten sind, und daß bei der Patientin, die völlig unsozial und unselbständig ist, die Verpflegung in einer psychiatrischen Anstalt nicht umgangen werden kann.

II. Wir stellen diesem klaren Falle einen anderen gegenüber, bei dem die Diagnose auf Porenkephalie sehr schwierig zu stellen war und ein Irrtum möglich erscheint.

H. K., geb. 28. IV. 1892 zu E. — Der achtjährige Knabe kam am 2. I. 1900 in die Klinik, weil der Vater ein sachverständiges Urteil über seine Bildungsfähigkeit haben wollte.

Bei der Aufnahme boten sich nur wenig Anhaltspunkte für die Annahme eines organischen Hirnleidens. Die erbliche Belastung des Knaben war dagegen sehr stark. Die Mutter scheint sehr beschränkt zu sein, sie lernte erst im fünften Lebensjahr sprechen und kam in der Schule nur sehr schlecht vorwärts. Vatersmutter hat Diabetes. Vatersmuttersschwester starb geisteskrank in der Irrenanstalt. Eine Tochter des Bruders der Mutter des Vaters erhängte sich im 19. Lebensjahr in einem Anfall von Schwermut. Ein Sohn des Bruders des Vaters ist neuropathisch, geistig zurückgeblieben, aufgeregt. Der Vater und zwei Geschwister des Patienten sollen geistig normal sein.

Die Geburt des Knaben ging ohne Schwierigkeiten vonstatten. Krämpfe wurden nicht beobachtet. Die langsame Entwicklung wurde erst ziemlich spät als auf organischer Grundlage beruhend erkannt und als Folgeerscheinung eines „Schlaganfalles bei der Geburt“ aufgefaßt. Der Junge lernte erst im zweiten Lebensjahre gehen, im dritten sprechen, war stets schwächlich und ließ den Kopf in den ersten Jahren auf-

fallend hängen. Er besuchte nicht die Schule, sondern genoß häuslichen Unterricht bei einem Pfarrer. Indessen machte er sich dort durch sein störrisches, ungebärdiges Wesen, durch seine völlige Respektlosigkeit gegen alles, was nicht männliche Autorität bedeutete, unmöglich. Sein Erzieher bemerkte schon damals, daß der Zustand des Jungen Phasen hatte, daß er zeitweise ganz besonders reizbar, motorisch unruhig, böswillig, widerspenstig, zu allen schlimmen, boshaften Streichen aufgelegt war, daß diesen Zeiten andere größerer Ruhe, besserer Beeinflußbarkeit folgten. Nachdem er dann auch zu Hause nicht gut tat, schließlich einmal seiner Mutter in den Leib trat und sie kratzte, kam er zur Klinik, damit hier über den Grad seiner pathologischen Veranlagung ein Urteil gewonnen werde.



Bild 4.
Porenkephale H. K. Asymmetrien des Schädels, des Gesichtes, der Innervation (Parese).



Bild 5.
Porenkephale H. K. Erhebliche Parese des r. Facialis bei aktiver Innervation.

Der Status praesens lieferte folgenden Befund. H. K. befindet sich in mittlerem Ernährungs- und Entwicklungszustand. Er zeigt Spuren überstandener Rachitis am Brustbein hat einige geschwollene Drüsen am Hals. Leichte Verkrümmung der Brustwirbelsäule nach rechts. Die inneren Organe weisen nichts Pathologisches auf. Es besteht etwas Anämie.

Folgende morphologischen Eigentümlichkeiten finden sich am Schädel, mit denen zugleich die Innervationsanomalien der Muskeln zu besprechen sind.

Die Stirne ist mittelhoch, gewölbt; die Stirnnaht ist verknöchert und kann von der erhöhten Nasenwurzel an bis zur Haargrenze als eine Leiste, von da ab als eine sagittal etwas weiter laufende Furche nachgewiesen werden. Der Schädel ist asymmetrisch (s. Bild 4), die Haare setzen rechts höher an

als links, sie wachsen auf der rechten Seite wirbelförmig. Beide Tubera frontalia sind aufgetrieben, die linke Hälfte des Schädeldaches mehr gewölbt als die rechte. Die linke Kopfhälfte größer als die rechte, der linke Arcus superciliaris mehr gewölbt, die linke Orbita stärker entwickelt als die rechte. Das l. Ohr 5,5 cm, das r. 5,2 cm lang, das l. Ohr besser differenziert als das r., die Ohrläppchen sind beiderseits angewachsen. — Dabei besteht eine erhebliche Parese des rechten Facialis. Beim Stirnrunzeln bleibt die r. Stirnhälfte zurück, der r. Mundwinkel steht tiefer als der l., das r. Auge kann nicht geschlossen werden, wohl aber das l. (s. Bild 5); beim Pfeifen wölbt sich die r. Wange stärker vor als die l. — Ferner: die Zunge weicht, herausgestreckt, nach r. ab, das Zäpfchen nach l.; die Außenrotationen des l. Augapfels sind ausgiebiger als die des r. Der Druck der l. Hand übertrifft an Kraft den der r. Hand, wie auch die Finger der l. Hand kräftiger entwickelt sind als die der r. Es besteht eine Verkürzung des r. Fußes. Das l. Bein knickt beim Gehen im Knie etwas ein, das r. wird nach auswärts gerollt, bisweilen stampfend aufgesetzt, beim Treppabsteigen auffallend geschlendert. Im übrigen sind die Innervationsstörungen nicht sehr bedeutend, jedenfalls bestehen keine auffallenden Ataxien, vielmehr können alle aktiven Bewegungen in allen Gelenken gut ausgeführt werden. Bei passiven Bewegungen spürt man keinen Widerstand. Die Parese der rechtsseitigen Muskulatur kann demnach — außer der Eigentümlichkeit des Gehens — nicht als sehr ausgeprägt spastisch bezeichnet werden. — Die Sprache ist nicht gestört. — Die Sehnenreflexe, speziell das Kniephänomen, sind wohl durchweg etwas lebhaft, aber nicht pathologisch gesteigert. Auch ist Fuß- oder Patellarklonus nicht auszulösen. Die Sinnesorgane — Gesicht, Gehör, Geruch, Geschmack, Gefühl — weisen keine Störungen auf, nur besteht ein geringer Grad von Myopie. Bemerkenswert dagegen erscheint eine in ihrer Genese nicht wohl erklärbare Steigerung des Durstgefühls.

Soweit der körperliche Befund. Des Patienten Verhalten in der Klinik während der Beobachtungszeit gestaltete sich folgendermaßen.

3. I. Hat sich vom Vater ohne Affekt getrennt, bestürmt den Arzt mit einer Reihe von kindlichen Fragen: „Gelt, es ist bei euch schön? Ich bleibe nur 14 Tage? Ich darf in den Garten gehn? Mein Husten heilt wieder? Meinen Hut darf ich doch ablegen? Meinen Rock darf ich doch abknöpfen?“ u. a. Während er anfangs etwas befangen erschien, taute er dann bald auf, wird lebhaft und motorisch, läuft im Zimmer umher, auf den Korridor, betastet alle Gegenstände, stellt unzählige Fragen an die Umgebung; rutscht auf dem Stuhl umher, faßt nach der Lampe und andern Gegenständen, beobachtet bei der körperlichen Untersuchung den Arzt genau, fragt ihn, warum er soviel schreibe; schont beim An- und Auskleiden den r. Arm; meint, er habe schlechte Augen, das eine Auge gehe herauf, das andere bleibe unten; trommelt mit den Fingern auf dem Tisch, greift öfters nach dem Kopf, erzählt, daß er nachts gut geschlafen habe. Muß mindestens alle zehn Minuten Urin lassen, trinkt sehr viel Wasser; der Urin enthält keinen Zucker.

4. I. Ungemein lebhaft und gesprächig; steht auf, hängt seinen Rock an die Wand, holt sein Taschentuch, meint: „Es ist heute schönes Wetter“, blickt in der Stube umher, zählt laut die einzelnen Gegenstände, versteht nicht immer die an ihn gerichteten Fragen; sieht dem Arzt beständig auf die Finger, lacht, fragt: „Was mußt du denn immer noch schreiben?“, ist sehr sprunghaft in seiner Rede, schaukelt mit dem Stuhl, beugt sich über den Tisch, springt auf, knöpft seine Stiefel zu, ist in manchen Dingen sehr neugierig. Schlaf und Appetit gut.

5. I. Verlangt Spielzeug, einen Baukasten und ein Bilderbuch; äußert kein Heimweh, fragt nicht nach seinen Eltern, freut sich über eine Ansichtspostkarte

vom Vater; macht gerne witzelnde Bemerkungen: „Gelt, das Essen schmeckt mir ganz gut, ich bin schon ganz dick geworden?“

6. I. Schläft ruhig und gut; spielerisch, greift alles an, macht sich beständig an der Wasserleitung zu schaffen, dreht trotz Verbotes den Hahn auf; findet sich im Haus gut zurecht; kennt aber weder des Arztes noch eines Pflegers Namen, auch nicht den Wochentag. Beim Ablesen der Uhrzeit legt er sich zunächst aufs Raten; aufgemuntert, sich Mühe zu geben, liest er die Zeit mit einem Fehler von einigen Minuten ab.

10. I. Wesentlich unruhiger als bisher; läuft beständig auf dem Korridor umher; belästigt und bestürmt mit Fragen die andern Patienten; neckt, hänselt, verhöhnt einzelne; droht, zurückgewiesen, mit Schlagen, kratzt gelegentlich, verzerrt dabei das Gesicht; dreht, wenn unbeobachtet, den Wasserhahn auf; trinkt viel Wasser, benäßt dabei sich und die Umgebung, lacht darüber, vermag in seinem Verhalten kein Unrecht zu sehen; schläft nachts unruhig, läßt sich aus dem Bett fallen, freut sich darüber, daß dann der Pfleger aufstehen muß.

15. I. Sehr unruhig und unstet; hält bei keiner Beschäftigung aus, spielt mit Bausteinen, wirft sie wieder um, springt fort, vom Stuhl auf, nach dem Klosett, zerrt an der Spülvorrichtung, läuft im Garten dem Pfleger fort, versteckt sich im Gebüsch, schreit öfters laut; beschimpft Patienten und Pfleger. Wird aus dem Pensionärbau unter Überwachung gebracht.

20. I. Noch immer motorisch sehr erregt, laut; schreit und weint viel; ist nicht im mindesten zu fesseln; widerstrebend gegen alle, auch gegen den Arzt; ahmt andern Patienten nach und verspottet deren Eigenheiten, die er sehr gut beobachtet; kennt jetzt die Namen der Ärzte und einiger Kranker; bevorzugt einige von ihnen.

23. I. Heute ist Pat. besonders erregt, zerreißt seine Schuhe, wälzt sich auf dem Boden, schreit und weint, verlangt nach Hause.

25. I. Fortgesetzt sehr unruhig, läuft barfuß im Zimmer umher, streift beständig Schuhe und Strümpfe ab, zerreißt die Schuhbänder, wirft die Schuhe in der Stube umher, schlägt nach dem Pfleger, schimpft, droht mit dem Zerschlagen einzelner Gegenstände; wird zu Bett gebracht, bleibt aber unruhig, wirft die Decke ab, legt sich auf den Fußboden, strampelt mit den Füßen, schlägt mit den Händen um sich, weint und schreit laut. Nachts ruhig.

29. I. Etwas ruhiger.

1. II. Ganz wesentlich ruhiger.

15. II. Während der letzten zwei Wochen war Pat. im allgemeinen ruhig.

25. II. Beginnt wieder unruhiger zu werden.

3. III. Zunehmende Unstetheit, ungestümes Wesen. Zu Zeiten stärkerer Unruhe hochgradige Rötung des Gesichtes, bisweilen etwas starrer Blick und stärker ausgesprochene Schielstellung der Augen. Heiße Hände ohne Temperatursteigerung. In solchen Augenblicken zunehmende Ungeduld, renitentes Verhalten, störrisches Wesen; antwortet nicht auf Fragen, wälzt sich am Boden, spuckt Pflegern und Kranken ins Gesicht, tritt nach dem Pfleger, der ihn aufheben will, wird um so zorniger, je mehr man sich um ihn kümmert; sich selbst überlassen, pflegt er bald zur Ruhe zu kommen, fängt an zu weinen und treibt sich dann spielerisch wieder umher.

7. III. Unruhig und voller Schabernack, steigt auf Tisch und Stühle usw. Schlaf gut.

10. III. Sehr aufgeregt, gewalttätig, zerstörungssüchtig; wälzt sich am Boden, tritt nach dem Pfleger, schreit: „Ich werde jetzt alle Tage wilder und böser, ich schlage alles entzwei“, wirft die Wasserflasche um, schiebt die Stühle umher,

zerrt Bücher, Blumenständer vom Tisch, reißt seine Knöpfe ab, will seine Schuhe zerstören, läuft den Patienten nach, bestürmt sie mit Fragen, zupft sie am Rocke, schlägt sie, spuckt ihnen ins Gesicht, droht: „Ich bringe noch einen von euch um, Sauhunde, verfluchte, verrückte Hunde, verdammte Saukerle, die ihr seid!"; von den übrigen Patienten separiert, stürzt er auf einen Stuhl los, haut auf ihn ein, sucht mit den Füßen den Sitz einzutreten, klappt die Türe auf und zu; beißt und kratzt den Pfleger; äußert: „Schreibt nur alles auf, damit der Doktor erfährt, wie böse ich bin; zu Hause in E. habe ich eine Fensterscheibe eingeschlagen, da hat mich mein Vater gehauen. Meiner Mutter habe ich die Hände zerkratzt, sie gebissen, ihr die Augen ausgerissen. Unserm Mädchen bin ich fortgelaufen und habe mich in den dicksten Dreck gelegt." Erhält Brom 0,75. — Gegen Abend beruhigter, dem Arzt gegenüber scheu und schweigsam.

15. III. Fortgesetzt sehr unruhig. Gegen den Arzt zurückhaltend, hinter seinem Rücken ungebärdig, wie oben geschildert. — Brom 0,75 pro die.

18. III. Brombehandlung fortgesetzt. Wesentlich ruhiger.

25. III. Anhaltend leidlich geordnetes Benehmen, weniger störrisch. drängt heim.

1. IV. Nur vorübergehend erregter; im allgemeinen ruhig. Einigemal Enuresis nocturna. Neigt in unbewachten Augenblicken zu Ausschreitungen.

10. IV. Wird nach Abschluß der Beobachtungszeit in eine private Erziehungsanstalt für Geistig-Schwache gebracht.

Die hier in extenso gegebene Krankengeschichte läßt die diagnostischen Hauptmerkmale der Porenkephalie nur andeutungsweise feststellen. Epilepsie, Schwachsinn, spastische Parese sind kaum zu erkennen, daher denn die Diagnose Porenkephalie nur mit Vorsicht und in dem Bewußtsein gestellt werden kann, daß eine Täuschung möglich ist.

Es handelt sich um einen achtjährigen Knaben, der nur auf eine kurze Zeit der intellektuellen Erziehung zurückblickt. Wenn daher bei der Prüfung der im Laufe der zwei Jahre, während deren er Schulunterricht genossen, erworbenen Kenntnisse Mangelhaftigkeit der Rechenleistungen festgestellt werden konnte, so wäre es verfehlt, daraus auf einen Schwachsinn zu schließen. Denn man sollte bei einem Schwachsinnigen überhaupt nicht erwarten, daß er genügend Abstraktionsfähigkeit besitze, um sich in $1^1/_2$ bis 2 Jahren die verschiedenen Rechenqualitäten anzueignen. Vielmehr hat man als einwandsfreie Anhaltspunkte für die Feststellung der Demenz eher das Gesamtverhalten des Knaben anzusehen; seine Ungebärdigkeit, seine Gefühllosigkeit gegen Nachsicht und Güte, seine Respektlosigkeit gegen Erwachsene, seine Neigung zu Schabernack, boshaften Handlungen, häßlichen Schimpfworten lassen den geistigen Defekt vor allem auf dem Gebiete des Gefühlslebens suchen und finden, wie wir ihn bei moralischer Idiotie auf psychopathischer Grundlage kennen.

Auch Epilepsie besteht nicht in ihrer typischen Form, da Krampfanfälle nie beobachtet wurden. Dagegen zerfällt die ganze hier gebrachte Krankengeschichte in zwei Gruppen von Perioden, wobei

die eine Gruppe aus Zeiten größerer Ruhe, die andere aus solchen starker motorischer Unruhe und erheblicherer Reizbarkeit besteht. Will man überhaupt die klinische Diagnose eines epileptischen Krankheitsbestandteils stellen, so kann es sich nur um eine larvierte Epilepsie in Gestalt von periodischen Aufregungszuständen mit freieren Zwischenräumen handeln. Solche epileptischen Intervalle wären die Zeiten vom 10. I.—31. I., vom 25. II.—17. III., beide Male also Perioden von ungefähr 20 Tagen. Von ähnlicher zeitlicher Ausdehnung erscheinen die ruhigeren Zeiten vom 1. II.—24. II., vom 18. III.—10. IV.

Noch am deutlichsten tritt das Symptom der Parese hervor. Doch ist deren spastische Eigenart nur erkennbar als ein Schleudern des rechten Beines beim Treppabgehen oder als zeitweise stampfendes Aufsetzen des rechten Fußes beim Gehen. Im übrigen besteht nur eine einfache Parese der ganzen rechten Körperhälfte mit besonders deutlicher Beteiligung des rechten Facialis. Indessen genügt der Grad der Innervationsschwäche ebensowenig, eine Inaktivitätsatrophie zustande kommen zu lassen, — Längen und Umfangsmaße der Extremitäten waren auf beiden Seiten gleich —, als der Ausfall zerebraler Hemmungsfasern stark genug ist, um so starke Spasmen zu erzeugen, daß die Gebrauchsfähigkeit der betroffenen Muskulatur sehr wesentlich herabgesetzt wäre.

Immerhin besteht die Parese mit genügender Deutlichkeit, um eine organische Grundlage mit großer Sicherheit annehmen zu lassen. Auch die Asymmetrie des Schädels spricht hierfür. Da man aber nur auf eine relativ kurze Zeit der Beobachtung zurückblicken kann und daher gewisse, der Veränderung unterworfene organische Krankheiten — z. B. langsam wachsende Tumoren — nicht absolut ausgeschlossen werden konnten, so war die Diagnose Porenkephalie des linken Großhirns nicht ohne Vorsicht zu stellen, wohl aber mit Wahrscheinlichkeit als richtig anzunehmen. Nachdem der Patient nun jahrelang sich in der oben genannten Anstalt befindet, ohne daß Tumorerscheinungen aufgetreten sind, so ist diese Auffassung ganz fallen zu lassen. Dasselbe gilt von chronisch-infektiösen Neubildungen. Vielmehr muß ein Herd in der linken Hemisphäre angenommen werden. Der Defekt kann wegen der geringen paretischen und spastischen Erscheinungen nur klein sein oder doch wenigstens die motorischen Zentren nur in geringem Maße in Mitleidenschaft ziehen. Seine Ätiologie bleibt unklar, da deutliche traumatische oder entzündliche Momente in der Anamnese fehlen. Bemerkenswert ist, daß der Hausarzt von einem Schlaganfall bei der Geburt geredet hat. In der Tat dürfte dies die einfachste Erklärung sein.

Zur Epikrise dieses Falles ist folgendes nachzutragen. Der

Knabe kam im Dezember 1905 zur Nachuntersuchung in die Klinik. Die körperlichen Symptome bestanden im alten Umfange auch jetzt noch. Bild 5, welches besonders deutlich die Facialisparese demonstriert, stammt aus dieser Zeit. Die Augen sind auf diesem Bilde aktiv geschlossen, die Gesichtsmuskulatur aktiv innerviert. Die rechtsseitigen Muskeln bleiben dabei an Kraft ganz wesentlich hinter den linken zurück. Die Patellarreflexe sind außerordentlich lebhaft, rechts noch mehr als links, Fußklonus besteht beiderseits. Vom Gange gilt noch ganz das oben Gesagte.

Die Intelligenz des Knaben ist leidlich entwickelt, in privatem Unterricht hat er sich angeblich einigermaßen das angeeignet, was das Pensum von Realschülern seines Alters ist. Indessen kommt schon bei der sehr kurz bemessenen Untersuchungszeit seine Zerstreutheit und Neigung zur spielerischen Beschäftigung mit Nebendingen zum Vorschein, die denn auch von der begleitenden Erzieherin bestätigt wird. Erregungszustände wurden in den allerletzten Jahren nicht mehr wahrgenommen. Von epileptischen Äquivalenten kann demnach jedenfalls nicht mehr gesprochen werden. Wesentliche Schwächen weist aber die ethische Entwicklung des Knaben auf, er neigt sehr zu Lügen und losen oder heimtückischen Streichen; so hat er gerade in den letzten Tagen einem Kameraden Urin ins Bett gegossen, weil er weiß, daß jener dann eine Züchtigung von seiten des Erziehers erhält. Zuneigung zu den ihm Nahestehenden bekundet er nicht, doch fürchtet er die Strafe. Der ganze weitere Verlauf des Leidens spricht in keiner Weise gegen die Diagnose einer Porenkephalie geringen Grades in der Nachbarschaft der motorischen Zentren.

III. T. J. aus S., geb. 1887 trat am 3. VIII. 1899 in die Klinik ein. Es läßt sich keine besondere Heredität bei dem jugendlichen Patienten auffinden.

Die persönliche Vorgeschichte enthält an Momenten, die in ätiologischer Hinsicht in Betracht zu ziehen wären, nur eine Reihe von fieberhaften Kinderkrankheiten wie Scharlach, Masern, Diphtherie. Die Geburt war normal.

Die ersten Krankheitssymptome traten bereits $^1/_2$ Jahr nach der Geburt auf. Patient bekam damals einen mit Zuckungen am ganzen Körper auftretenden Krampfanfall, der fünf Tage gedauert haben soll, und dem zwei Monate hindurch täglich einmal zwischen fünf und sechs Uhr des Nachmittags auftretende weitere Anfälle folgten. Auf eine ärztliche Ordination hin blieben dann die Anfälle weg bis zum fünften Lebensjahr.

Gehen lernte der Knabe erst mit $2^1/_2$ Jahren.

Im fünften Lebensjahr trat isoliert ein ca. 18 Stunden dauernder

Anfall auf. Es folgt ein weiterer Anfall im neunten Lebensjahr, von mehrstündiger Dauer. Seitdem kamen die Anfälle alle sechs bis acht Wochen und verschwanden auch bei medikamentöser Behandlung nicht. Im Anschluß an einen im September 1897 eingetretenen sehr starken Anfall begann der Knabe die linken Extremitäten auffallend zu schonen, es trat immer mehr zunehmende Gebrauchsunfähigkeit, schließlich Kontrakturstellung der l. Hand in der Form auf, wie sie zur Zeit der Untersuchung besteht. Seit einem Jahr Bromipinbehandlung — zweimal täglich ein Kaffeelöffel —, von da ab werden die Anfälle wesentlich leichter; sie treten meist nachts im Schlafe auf.



Bild 6.
Porenkephale T. J.

In der Schule, die er seit dem sechsten Jahr besucht, kommt der Knabe ziemlich gut voran.

Die Eltern bringen ihn zur Untersuchung und Behandlung in die Klinik, wo er ganz gerne bleibt und sich sehr rasch eingewöhnt. Er ist lebhaft, aufmerksam, plaudert gerne und in häufig altkluger Weise, schließt Freundschaft mit einem andern jugendlichen Patienten, spielt mit ihm, küßt ihn zärtlich, führt ihn spazieren, ist sehr vergnügt und lebhaft.

Bereits am dritten Tage des klinischen Aufenthaltes tritt nach einer längeren Aura in Form von Übelsein morgens um $^1/_2$10 Uhr ein sehr starker epileptischer Anfall auf der sich in seinem Verlauf folgendermaßen gestaltete:

Er beginnt mit Zuckungen am ganzen Körper 9 h 40. Pupillen weit und starr. Gesicht cyanotisch, vor dem Munde blutiger Schaum. Bewußtlosigkeit, keine Reaktion auf Anruf. — Klonische Zuckungen im ganzen l. Facialis, Ablenkung der Bulbi nach links, Drehung des Kopfes nach links. Überspringen der Zuckungen auf die Mundmuskulatur und das rechte Facialisgebiet, Hochziehen der rechten Mundpartie. Zähneknirschen. — Nach drei Minuten isolierte klonische Zuckungen des linken Arms inkl. der linken Hand. Zuckungen im l., zeitweise im r. Facialis bestehen fort. — Nach weiteren drei Minuten Zuckungen der gesamten l. Körperhälfte, dann des r. Facialis, des r. Beines und Armes. Dann Fortdauer der klonischen Stöße im r. Arm. Zusammenziehen der Stirnmuskulatur. Liegt dann eine Zeitlang ruhig, die Daumen an beiden Händen eingeschlagen. Nach drei Minuten: Bei passivem Heben sinken die Arme und Beine schlaff zurück. Augenstellung normal. Bei tiefen Nadelstichen am Körper und im Gesicht

keine Reaktion. — Dann wieder isolierte Zucknngen im l. Facialis. — Patellarreflex r. nicht auszulösen, l. sehr schwach. Puls 120. — Neue Zuckungen: Beginn im l. Arm, dann im l. Bein, dann im r. Facialis. Gesteigertes vasomotorisches Nachröten.

10h 20. Steigerung der Krampfbewegungen links. — Mitbeteiligung der r. Halsmuskulatur. Starke Hyperhydrosis des Gesichts und am Hals. Cyanose, besonders des linken Ohrs.

10h 30. Temperatur in axilla 41° C, an der äußeren Haut 37,8°. L. Hand palmar flektiert, Index und fünfter Finger extendiert, letzterer in der Endphalange stark hyperextendiert.

10h 32. Puls 200, Temperatur 10h 35, 41,4°.

10h 45. Isolierte klonische Zuckungen im r. Arm, Spannung im l. Bein (Spitzfußstellung). Dann: Abduktion des l. Beins, Flexion im Kniegelenk. Der l. Arm im Ellbogengelenk annähernd rechtwinklig flektiert, die Hand maximal ulnarwärts flektiert. L. Lidspalte geschlossen, r. offen.

10h 55. Die Pupillen reagieren während des Nachlassens der Krampfbewegungen beiderseits gut auf Lichteinfall; sobald die Zuckungen stärker auftreten, werden die Pupillen weit und reaktionslos, r. Pupille bedeutend weiter als die linke. Sohlenreflex in der Anfallspause r. deutlich gesteigert, l. nicht auszulösen. Beide Hoden während des Anfalls zurückgetreten.

11h 15. Abduktion beider Arme, dann Flexion und Abduktion des linken. R. Lidspalte geöffnet. Ructus. Konjunktiven stark gerötet. Linker Fuß in Equino-varus-Stellung.

11h 35. Puls schwankt zwischen 180 und 192 Schlägen. Schmatzbewegungen des Mundes.

12h. Temperatur 39,5° nach Einwicklungen in nasse Tücher. Dabei tiefes Aufseufzen.

12h 15. Kornealreflexe vorhanden. Temp. 38,°. Bad. Bromkali 3,0 per Clysma. 12h 40. Temp. 38,5°. 1h 15. 15,0 Bromipin per Clysma. 1h 45. Einatmungen von Amylnitrit. 2h 25. Puls 125. Fortdauer der Zuckungen in der l. Körperhälfte. Die Pupillen sind eng. 2h 30. Pupillen weit, reagieren Puls 140. Zuckungen im l. Bein hören allmählich auf. Im l. Arm dauern sie noch fort. Schließlich aber nur noch Zuckungen im l. Zeige- und Kleinfinger. Dann gänzliches Aufhören. — Indessen dauert die tiefe Bewußtseinstrübung an bis 4h 15. — 4h 30 Temp. 37,3°. Die Augen werden geöffnet. Die l. Hand wird leicht ulnarwärts flektiert gehalten, jedoch ohne stärkere Kontraktur, nur bietet der Daumen bei passiven Streckungen mehr Widerstand. Puls 138. Patellarreflexe fehlen beiderseits, Plantarreflexe vorhanden. Auf Nadelstiche Reaktion mit leichtem Stöhnen, auf tiefere erfolgen Abwehrbewegungen.

5h 45. Unwillkürlicher Abgang von Urin, dieser ist eiweißhaltig Patient ist ruhig.

11h abends. Temp. 37,5. Pat. kann nicht schlucken.

6. VIII. 3h morgens unruhig, wälzt sich umher, schläft von 4h ab, erbricht um 4h 15 etwas Schleim, dann wieder ruhig, schläft von 5h 30 mit halbgeschlossenen Augen.

Am andern Morgen ist Patient stark somnolent und benommen. Kann die linke Köperhälfte aktiv nicht bewegen. Verlangt öfters nach Wasser, das er aber sofort wieder erbricht. Nachmittags erkennt er Arzt und Pflegepersonal. Temperatur ad maximum 37,8°.

Am folgenden Tage örtliche Desorientiertheit, Pat. meint in einem Gebäude zu sein, in dem er vor dem Anfall untergebracht war, und seinen gleich-

altrigen Mitpatienten sprechen zu hören. Er will nach Hause abgeholt sein, weil es in der Klinik zuviel Geld koste. Bemerkenswert ist, daß l. Arm und Bein nicht im mindesten bewegt werden können. Von dem Anfall weiß er absolut nichts. Im Bereich des r. Nervus supraorbitalis ist ein Herpes zoster aufgetreten, der nach einigen Tagen abheilt. Patient erhält 2 mal tägl. 10,0 Bromipin, sein l. Bein wird außerdem 2 × tgl. faradisiert.

8. VIII. Das l. Bein kann spontan gehoben werden, doch bleibt der l. Fuß in Spitzfußstellung.

Im weiteren Verlaufe gingen dann die im Anschluß an den Anfall zurückgebliebenen Lähmungssymptome der linken Extremitäten sehr allmählich zurück. Die Therapie bestand in zweimaligen Gaben von 8,0—10,0 Bromipin am Tage und ebenfalls zweimaliger Faradisation der gelähmten Extremitäten. Von Tag zu Tag konnte immer deutlicher ein progressives Fortschreiten der Besserung beobachtet werden. Zunächst erstreckte sich diese nur auf das l. Bein. Schon am fünften Tage nach dem Anfall vermochte der Knabe, wenn er sich am Tische festhielt, einige Schritte zu gehen, am sechsten Tage geht er bereits einige Zeit im Garten spazieren. Während er 14 Tage nach dem Anfall fast zu völliger Gebrauchsfähigkeit seines linken Beines gelangt ist, beginnt sich erst zu dieser Zeit das erste Anzeichen für die wieder eintretende Bewegungsfähigkeit des l. Armes einzustellen.

Zunächst vermag er, den Schultergürtel andeutungsweise zu heben, dann den Arm bis zur Horizontalen hochzuschleudern. Die Bewegungsfähigkeit des Oberarms besserte sich von Tag zu Tag langsam mehr, indessen konnte leider die ganze Wiederherstellung nicht zu Ende beobachtet werden, weil Patient vier Wochen nach dem Anfall von den Eltern nach Hause mitgenommen wird.

Aus dem genaueren körperlichen Befund, der einige Wochen nach dem großen Anfall erhoben wurde, ist folgendes nachzutragen.

Es handelt sich um einen 152 cm großen, für sein Alter sehr gut entwickelten Knaben von regelmäßigem Knochenbau und gut entwickelter Muskulatur. Die l. Schulter steht tiefer als die r., der l. Arm hängt schlaff nach unten. Es wurden folgende Maße genommen:

| | | |
|---|---|---|
| Von der Artic. sternoclavicularis nach dem Acromion | r. 14,0 | l. 14,0 |
| Umfang des Armes am unteren Ende des Deltoideus | r. 23,0 | l. 23,0 |
| Entfernung dieses Punktes vom Acromion | r. 15,0 | l. 15,0 |
| Entfernung des Cond. ext. hum. vom Acromion | r. 27,0 | l. 27,0 |
| Umfang 5 cm oberhalb des Cond. ext. hum. | r. 23,0 | l. 23,0 |
| Größter Umfang des Oberarms | r. 23,0 | l. 23,0 |
| Länge der Ulna | r. 24,0 | l. 23,0 |
| Länge des Radius | r. 22,5 | l. 22,0 |
| Umfang, 7 cm oberhalb des Radiocarpalgelenkes | r. 16,0 | l. 15,0 |
| Umfang des Ellenbogengelenkes über den Condylen | r. 21,0 | l. 20,5 |
| Entfernung der Mittelfingerspitze vom Handgelenk | r. 16,5 | l. 16,2 |
| Länge des Mittelfingers | r. 10,0 | l. 9,3 |
| Umfang der Mittelhand über den Grundgelenken | r. 17,8 | l. 17,0 |

| | | |
|---|---|---|
| Von der Spina iliaca bis zur Mitte der Patella | r. 44,0 | l. 44,0 |
| Umfang des Oberschenkels | r. 41,0 | l. 38,0 |
| Umfang des Kniegelenkes über der Patellamitte | r. 31,5 | l. 31,5 |
| Größter Umfang des Unterschenkels | r. 28,0 | l. 27,0 |
| Enfernung zwischen Patellamitte und Mall. ext. | r. 37,0 | l. 37,0 |
| Länge der Tibia | r. 34,0 | l. 34,0 |

In diesen zahlreichen Maßen kann man nur sehr geringe Differenzen finden, die namentlich deshalb mit Vorsicht zu bewerten sind, weil geringe Differenzen in der Entwicklung beider Extremitäten zu Ungunsten der linken zum Teil als physiologisch angesehen werden müssen. Da sie indessen hier bei sehr vielen Maßen wiederkehren, so können sie gleichwohl im Sinne einer Entwicklungshemmung der l. Körperhälfte verwertet werden.

Schädel: Längsdurchmesser 17 cm, Querdurchmesser 13 cm, Sagittalbogen 32 cm, Frontalbogen 31 cm, Umfang 51 cm, Längenbreitenindex 76,5, Schädel demnach mesokephal. Die Form des Schädels hat einige hydrokephalische Besonderheiten, indem die Nasenwurzel eingedrückt erscheint und das Stirnbein vorgewölbt ist. Der rechte Teil des Stirnbeins erscheint stärker entwickelt als der linke. Von der Nasenwurzel nach dem Haaransatz 6,5 cm, nach der Spina mentalis 12 cm. Gesicht: bietet nichts in besonderem Grade Auffälliges, nur ist die l. Nasolabialfalte flacher als die rechte.

Die Haltung ist aufrecht, der Gang unsicher. Patient dreht das l. Bein nach auswärts, führt es dann in einer halben Beugestellung in einem Bogen nach auswärts, setzt dann den Fuß rasch auf den Boden. Beim Stillstehen hält Patient das l. Bein im Kniegelenk leicht gebeugt.

Reflexe: Facialis-, Mentalis-, Plantar-, Abdominalreflex beiderseits normal. Pectoralis- und Cremasterreflex nicht auslösbar. Biceps- und Vorderarmperiostreflex l. vorhanden, r. nicht auslösbar. Patellarreflex links gesteigert, rechts normal. Fußklonus links angedeutet, rechts fehlt er. Linke Pupille weiter als die rechte, beide reagieren gut.

Motilität im übrigen wenig gestört, kein Tremor, kein Nystagmus, keine Sprachstörungen, Zunge wird gerade und ohne Zittern herausgestreckt. Beim Öffnen des Mundes wird der r. Teil der Oberlippe höher gezogen als der linke (Facialisparese links).

Geruch, Geschmack, Gesicht, Sensibilität, Gehör weisen keine abnormen Befunde auf.

Hinsichtlich des psychischen Verhaltens des Knaben läßt sich vor allem sagen, daß ein ausgeprägter Schwachsinn nicht bestand. Die Schulkenntnisse, die er sich mit seinen 12 Jahren erworben hat, genügen einigermaßen für einen Jungen seines Alters, der die Volksschule besucht hat. Er hat sich eine genügende Fähigkeit in der Kenntnis der vier Rechenqualitäten angeeignet, macht allerdings viele Fehler, jedoch in ganz eigenartiger Weise: oft löst er schwerere Aufgaben, nachdem er bei leichteren versagt hat, und bei wiederholter Prüfung mit denselben Aufgabenreihen wechselt er in seinen Fehlresultaten, so daß am Ende der ganzen Versuchs-

reihe schließlich doch alle Aufgaben einmal gelöst worden sind; es geht daraus hervor, daß die Fehlergebnisse nicht der intellektuellen Minderwertigkeit des Knaben, sondern seinem Mangel an Konzentrationsfähigkeit und seiner Ablenkbarkeit gegenüber äußeren Reizen zuzuschreiben sind. — Über seine Lage besitzt er eine gute Kritik, er erkennt im Arzte eine Autoritätsperson und gehorcht. Er verkehrt mit einem Schwachsinnigen seines Alters, dem er sich offenbar überlegen fühlt und den er etwas gängelt. In mancher Hinsicht erscheint er etwas frühreif, wie man psychopathische Kinder vielfach findet, namentlich auf dem Gebiet des Sexuellen: z. B. fragt der Zwölfjährige einen Pfleger, ob er schon ein Mädchen habe oder ob er ihm eines besorgen solle. — Nachdem er sich einige Zeit in der Klinik aufgehalten und an die Leute gewöhnt hatte, fing er allmählich an, vorwitzig und versuchsweise ungehorsam zu werden, jedoch keineswegs in unbeeinflußbar-schwachsinniger Weise, sondern stets bereit, sich der Autorität des Arztes zu fügen. Er hat denn auch in seinem allgemeinen Verhalten keine größeren Schwierigkeiten gemacht, sondern war bis zu seinem Austritt aus der Klinik in der freien Abteilung zu halten.

Fassen wir das Wesentliche dieses Falles in einer Kritik zusammen, so können zwei der Kardinalsymptome der Porenkephalie festgestellt werden, nämlich Epilepsie, mit besonders starker Beteiligung der linksseitigen Muskulatur, und einseitige spastische Parese — letztere wiederum nur in geringer Stärke; sie kommt am deutlichsten beim Gehen zum Vorschein (s. o.). — Dazu gesellt sich Steigerung des linken Kniephänomens und linksseitiger Fußklonus, sowie Schwäche des linken Constrictor iridis. Der letztere Befund verdient deshalb Beachtung, weil die Beteiligung des Oculomotorius an der Parese etwas oft Übersehenes ist. Desgleichen rechtfertigt sich ein Hinweis auf die bemerkenswerte Erscheinung bei diesem Falle, daß nach dem epileptischen Anfall, noch längere Zeit eine Lähmung der linken Seite zurückblieb, die im Arme zur Zeit der Entlassung, also über drei Wochen nach dem Anfall noch nicht ganz geschwunden war. Es ist nicht ganz leicht, eine Deutung dieses Phänomens zu finden, da einfache epileptische Anfälle solche Nachwirkung nicht haben. In der Anamnese, die von den Eltern im übrigen recht genau und mit dem Anschein des Zuverlässigen gegeben wird, ist von einer ähnlichen Beobachtung nach seinen zahlreichen und zum Teil ebenfalls sehr heftigen früheren Anfällen nichts gesagt worden. Leider ist es nicht möglich gewesen, eine Katamnese des Falles zu erheben, aus der man über den weiteren Verlauf der hier beobachteten Lähmung hätte Kenntnis bekommen können. Ohne den Anspruch auf eine absolute Gültigkeit einer annehmbaren Erklärung erheben zu dürfen, müssen wir uns mit der Möglichkeit begnügen, daß mit dem in der Klinik beobachteten Anfalle eine kleine Blutung verbunden gewesen sei, die dann allmählich zur Aufsaugung kam. Es ist hier vielleicht auch ein Hinweis auf die apoplektiformen Anfälle bei progressiver Paralyse gestattet, wo schwere Hemiplegien oft überraschend schnell nach wenig Tagen verschwinden,

und wo man bei der Sektion dann oft auch nicht den geringsten lokalen Befund erheben kann.

Hinsichtlich des Sitzes des porenkephalischen Herdes kann man unter Berücksichtiguug der spastisch-paretischen Erscheinungen an der linksseitigen Muskulatur mit Bestimmtheit nur annehmen, daß er im rechten Großhirn in der Nähe der Zentralwindungen sitze, und daß wegen der wenig gestörten Intelligenz andere Hirnpartien in größerer Ausdehnung nicht mitbetroffen sein dürften.

IV. Der folgende Fall ist deshalb von besonderem Interesse, weil er zur Autopsie kam und demnach einen Vergleich der klinischen Erscheinungen mit dem Gehirnbefund gestattete. Der Kranke war Insasse des Philippshospitals bei Goddelau und wurde mit freundlicher Erlaubnis der betreffenden Direktion (Med.-Rat Dr. Mayer) in der Gießener Klinik wissenschaftlich bearbeitet.

G. B. D., geb. am 26. VIII. 1875 in G., wurde am 19. II. 1895, also im 20. Lebensjahr, in die Irrenanstalt aufgenommen. Über seine Abstammung ist nichts bekannt, die Angaben über seine Jugend sind äußerst dürftig. Er hat von seiner ersten Kindheit an an epileptischen Krämpfen gelitten und solche fast täglich gehabt. Schon früh fiel es auf, daß sie vorzugsweise die linke Körperhälfte betrafen. Er lernte im 4. Lebensjahre gehen, im 6. sprechen, kam dann in eine Idiotenerziehungsanstalt, in der er bis zum 15. Lebensjahr Fortschritte machte. Dann häuften sich die Anfälle sehr, es trat rasche Verblödung ein und Patient verlernte sogar das Sprechen wieder. In seiner ersten Jugend gutmütig und anhänglich, ging er auch in dieser Hinsicht mit dem Eintritt in die Pubertät zurück und gab zur Zeit seines Eintrittes im die Anstalt nur wenige Anzeichen eines Restes von geistigem Leben, blieb vielmehr immer teilnahmslos und stumpf; nur war er vor dem Ausbruch der Anfälle motorisch erregt und gab eigentümliche unartikulierte Laute von sich (eine Art Aura). So war denn auch das Bild, das er während seines im ganzen zweijährigen Anstaltslebens bot, kaum einer Veränderung unterworfen. Die epileptischen Krampfanfälle betrafen vorwiegend die linke Seite und traten von Anfang an alle zwei Tage auf. Im Oktober 1895 machte er einen schweren Status epilepticus durch, in dem er 13 Anfälle hatte. Er erlag am 4. IX. 1897 einem zweiten solchen Zustand, währenddessen an einem Tage 26 schwere Anfälle auftraten.

Aus dem körperlichen Befund bei der Aufnahmeuntersuchung teilen wir folgendes mit.

Pat. ist 156 cm groß, 44 kg schwer und befindet sich in einem mittleren Ernährungszustand, auch ist die allgemeine körperliche Entwicklung, abgesehen von den später zu besprechenden trophischen Erscheinungen, nicht als zurückgeblieben

zu bezeichnen. — Die Haut ist rauh und trocken und trägt am Rumpf zahlreiche Aknepusteln. Auf der Kopfhaut befinden sich zahlreiche, mit dem Schädel aber nicht verwachsene Hautnarben, von denen neun in Gestalt rechtskonvexer Bogen von vorn nach hinten verlaufen; ferner findet sich eine Narbe auf dem Nasenrücken, eine weitere auf dem linken Sterno-cleido-mastoideus; schließlich ist die Haut am linken Ellenbogen narbig verändert.

Die inneren Organe lassen nichts Pathologisches erkennen. Die Zähne sind gut erhalten. Ohrläppchen sessil, das linke trägt einen fibrösen Tumor.

Besonders bemerkenswert ist der Zustand des Knochensystems besonders der Extremitäten, der Muskulatur und damit der Motilität.

Ganz in die Augen fallend ist die ganz wesentlich geringere Entwicklung der gesamten linken Körperhälfte gegenüber der rechten. Selbst an der Wirbelsäule lassen sich Veränderungen feststellen, die in letzter Linie mit Wahrscheinlichkeit in Beziehung zu setzen sind mit der differenten, muskulären und trophischen Beschaffenheit der beiden Körperhälften. Die Wirbelsäule ist mit leichtem Bogen, dessen stärkste Krümmung im Übergang der Brust- in die Lendenwirbelsäule liegt, kyphotisch und in der unteren Lendenwirbelsäule nach links skoliotisch.

Die Muskulatur beider linker Extremitäten ist atrophisch und stark gespannt, so daß die Beuger stark hervortreten und passive Bewegungen auf den allerstärksten Widerstand stoßen. Der linke Arm ist im Ellenbogengelenk spitzwinklig gebeugt, der Biceps springt scharf hervor. Die passive Streckung gelingt nur bis zu einem Winkel von etwas mehr als 90°, und es spannen sich dabei die Beuger noch mehr. Die linke Hand ist volar- und ulnarwärts aufs äußerste gebeugt und proniert, der Daumen eingeschlagen, die übrigen Finger in den Grundgelenken dorsal flektiert, in den ersten Fingergelenken gebeugt, so daß Krallenstellung entstanden ist. — Die linke Brustmuskulatur ist stark, der Cucullaris mäßig gespannt, das linke Schulterblatt läßt sich passiv kaum bewegen. — Der linke Oberschenkel ist über die Mittellinie adduziert, einwärts rotiert, liegt auf dem rechten Knie, und ist im Kniegelenk stumpfwinklig gebeugt, kann nicht gestreckt werden, und seine Muskulatur ist stark gespannt; es besteht starke Spitzfußstellung. — Schließlich ist zu erwähnen, daß Strabismus convergens sinister (Spasmus des linken Rectus internus?) besteht. Der Kopf wird nach rechts und vorn gebeugt und nach rechts gedreht gehalten (Wirkung des linken Sterno-cleido-mastoideus). Die affizierte Muskulatur erscheint stark atrophisch und auch das Längenwachstum der betroffenen Extremitäten wesentlich beeinträchtigt, z. B.:

| | | |
|---|---|---|
| größter Umfang des Oberarms . . . . . | r. 33 | l. 31,5 |
| Länge des Vorderarms . . . . . . . . . | r. 26 | l. 24. |

Infolge der Muskelerscheinungen und der Wachstumsstörungen,

wie sie im Vorhergehenden beschrieben sind, kann Patient weder gehen noch stehen. Die aktive Beweglichkeit ist dabei keineswegs völlig aufgehoben; doch vermag Patient die stark spastische linke Hand nur mit Hilfe der rechten in eine von ihm gewünschte Lage zu bringen.

Die rechte Hand und die rechten Finger befinden sich in normaler Stellung; die Armmuskulatur ist mäßig entwickelt. Doch gelingt es nicht den rechten Arm mehr als rechtwinklig zu strecken, dabei springen Biceps und Supinator longus stark vor. Auch hier bestehen demnach spastische Kontrakturen. Dagegen ist die ganze übrige Muskulatur der rechten Seite, spez. des rechten Beines, ganz intakt.

Die Patellarreflexe sind beiderseits sehr lebhaft, links aber noch mehr als rechts.



Bild 7.
Schädeldach des Porenkephalen G. B. D. von oben.

Bild 8.
Schädeldach des Porenkephalen G. B. D. von unten.

Am Schädel fällt die mikrokephale Form auf. Die niedrige Stirn flieht stark zurück. Der linke Teil des Stirnbeins ist etwas flacher als der rechte, die linke Augenbraue steht etwas tiefer als die rechte. Im übrigen ist der Schädel symmetrisch, der Umfang beträgt 52 cm.

Die Prüfung der Sinnesorgane scheitert an der Stumpfheit des Patienten.

Nach dem Ableben des Patienten kam es zur Autopsie, die folgende Ergebnisse hatte:

Schädeldach (Fig. 7 und 8) sehr klein. Die linke Stirnbeinhälfte etwas flacher als die rechte. Die Stirnnaht ist verknöchert. Die linke Kranznahthälfte verläuft weiter hinten als die rechte, welch letztere im absteigenden Teil zugleich etwas nach vorne zu verläuft, wodurch der rechte Teil des Stirnbeins kleiner wird als der linke. Den entgegengesetzten Befund liefert das Hinterhaupts-

hein: die Lambdanaht erreicht ihren Kulminationspunkt nicht im Treffpunkt mit der Pfeilnaht, sondern weiter rechts; außerdem verläuft sie rechts nicht so steil als links, wodurch die Fortsetzung der Pfeilnaht über die Lambdanaht hinaus die Hinterhauptsschuppe in einen kleineren linken und einen größeren rechten Teil trennt. Die Pfeilnaht bildet nicht eine Verlängerung der Stirnnaht, sondern ihr vorderes Ende liegt etwas links von dem hinteren Ende der ersteren. Dagegen erreicht ihr mittlere Teil die Medianlinie, und es kommt dadurch ein nach rechts leicht konvexer Verlauf der Pfeilnaht zustande. Namentlich kommt diese Eigenheit an dem Größenverhältnis der beiden Anguli frontales der Scheitelbeine, besonders an der Innenseite des Schädels zum Ausdruck, indem der linke stumpf, der rechte spitz ist (s. Bild 8). Die Sulci meningei verlaufen links deutlich weiter vorne als rechts. — Das linke Scheitelbein erscheint, namentlich von innen, stärker gewölbt als das rechte. Die Schädelkapsel ist links wesentlich dünner als rechts, wo die Spongiosa auffallend stärker entwickelt ist als links. Die Schädelmaße sind folgende:

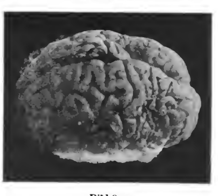


Bild 9.
Gehirn des Porenkephalen G. B. D. Sämtliche drei Herde der oberen und Medialfläche sind sichtbar.

Längsdurchmesser . . . 15,9
Breitester Durchmesser . 12,9

Dicke des Schädeldachs vorne 0,5, hinten 1,0, rechts 0,5, links 0,25.

Dura blutreich, gut durchscheinend. Die linke Hemisphäre bedeutend voluminöser als die rechte. Der obere Längsblutleiter nach rechts konvex, weit, enthält flüssiges Blut. Innenfläche der Dura trägt reichliche frische blutige Beschläge. Links ist die Dura mit den weichen Häuten in ganzer Ausdehnung mehr oder weniger verwachsen und auf der ganzen Fläche mit frischen Blutungen durchsetzt. Die Verwachsungen zwischen weicher und harter Hirnhaut sind stellenweise so fest, daß besonders an der rechts neben dem Längsblutleiter gelegenen eingesunkenen Partie die weichen Häute sich beim Abziehen der Dura mitablösen. An der Verwachsungsstelle findet sich hier in den weichen Häuten eine 5 cm lange, sichelförmige Knochenspange, die am unteren Rande sehr schmal, am oberen flächenhaft und 7 mm breit ist.

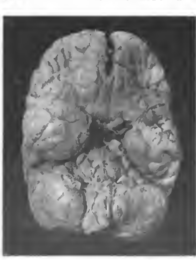


Bild 10.
Gehirn des Porenkephalen G. B. D.
Atrophie der ganzen l. Hemisphäre.

Gehirn. Beiderseits starke Störungen wesentlich am Parietalteil (s. Bild 9—12) und an der medialen Seite des rechten Stirnhirnes.

Maße: Vom Pol des Stirnlappens bis zum hinteren oberen Ende des Sulcus Rolando l. 10,5; r. 9,5.

Von hier zum Pol des Hinterhauptslappens . . . . . . . . . . l. 7; r. 7,5
„ „ zur Fissura parieto-occipitalis . . . . . . . . . . . l. 5; r. 5
„ „ zum Pol des Hinterhauptslappens . . . . . . . . . . l. 3; r. 4
„ „ zum Temporalpol . . . . . . . . . . . . . . . . l. 10; r. 10,25.

Linke Hemisphäre (s. Bild 9). Fossa Sylvii sehr kurz. Der Sulcus Rolando steht mehr in einer Frontalebene als normal. Das ganze Gebiet nach rückwärts vom mittleren Teil des Gyrus centralis posterior inklusive des Gyrus supramarginalis und angularis und des hinteren oberen Endes vom Temporallappen ist von einer Menge verkümmerter Windungen mit gekörnter Oberfläche eingenommen, welche gratartig nach einer mittleren Senkung zusammenlaufen und deutliche Übergänge in normale Windungen aufweisen. — Die Richtung des Sulcus interparietalis ist als tiefe wallartige Einsattelung, die sich nach oben zu um das Zentrum des ganzen Gebietes herumzieht, deutlich erkennbar. Auch das Gebiet nach oben davon, d. h. lateral vom Lobulus quadrangularis, ist in die Störung einbezogen, während das seitlich vom Lobulus paracentralis liegende Gebiet frei erscheint. — Der Temporallappen (s. Bild 10) zeigt starke Abnormitäten der Furchungen und der Windungen. Der Sulcus temporalis superior läuft als breite Grube in die Fossa Sylvii hinein; an deren Boden bemerkt man einen breiten Venenstrang. Das hintere obere Ende des Temporallappens ist schon deutlich pathologisch und nur 3 cm breit, d. h. schmäler als das mehr nach vorn gelegene Gebiet. — Der Hinterhauptslappen von der Fissura parieto-occipitalis nach hinten erscheint relativ normal, allerdings weicht er von der Medianlinie etwas seitlich ab. Die Windungen sind ganz normal angeordnet.



Bild 11.
Gehirn des Porenkephalen G. B. D. Schnitt durch die Corpora mammillaria. Blick von vorn nach hinten.

Rechte Hemisphäre. — Am Stirnhirn zeigt sich der mediale Teil deutlich pathologisch. Hier findet sich bis über die Mitte des Gyrus centralis superior nach vorn eine 1 cm tiefe kahnartige Grube, deren Boden und Wände durch eine Reihe knolliger und leistenartiger, dabei gekrümmter Hervorragungen (verkümmerte Windungen) gebildet werden (s. Bild 9). — Der Lobulus paracentralis bildet den rückwärts gelegenen Teil dieses pathologischen Gebietes. Der obere Teil des Gyrus centralis anterior geht durch Verschmälerung in das Gebiet der Mikrogyrie über, zeigt dabei am oberen Ende eine tiefe Querfurche. — Der Gyrus centralis posterior ist stark pathologisch, eine dahinter gelegene Furche geht in völlig abnormer Weise in das hintere obere Ende der Fossa Sylvii über. — Nach hinten dacht sich die Hirnoberfläche ca. 2 cm steil ab, so daß von der linken Hemisphäre an der medialen Seite ein ebenso hohes Stück freiliegt (s. Bild 9 und 12). Nach rückwärts steigen aus dieser Grube einzelne Windungen

mit gekörnter Oberfläche zur Fiss. parieto-occipitalis wieder an, von da steigt der mediale Rand noch etwas höher und fällt dann steil zum hinteren Pol ab, wohin auch vom Scheitelhirn einige pathologische Windungen ziehen. — Der Gyrus supramarginalis und angularis sind völlig pathologisch. Der hintere obere Teil des Temporallappens ist jedoch besser erhalten als der linke, dem entsprechend eine Verschmälerung dieses Abschnitts gegen den vorderen nicht zu konstatieren ist, auch ist die Anordnung der Furchen in der Längsachse deutlich erkennbar.

Es werden folgende Frontalschnitte gelegt:

1. das vordere Ende der rechten Fossa Sylvii treffend. Es wird dadurch die Spitze des rechten Stirnlappens abgetragen. Als pathologisch fällt hier auf, daß der an der Convexität gelegene Teil der Peripherie in Form von verschmälerten Windungen und knopfartigen Erhebungen verkümmert ist. — Links trifft der Schnitt das untere Ende des Sulcus Rolando. Das Lumen des dadurch eröffneten Seitenventrikels klafft mehr als rechts;

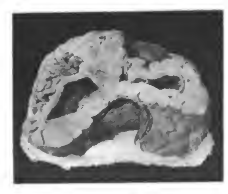


Bild 12.
Gehirn des Porenkephalen G. B. D. Schnitt durch den Hinterhauptslappen. Blick von hinten nach vorn.

2. die Corpora mammillaria treffend (s. Bild 11) nach Abtragung des ganz normalen Kleinhirns. Man sieht die rechte innere Kapsel verwaschener gezeichnet als die linke; dasselbe gilt von der äußeren Kapsel. Die Peripherie der rechten Hemisphäre ist stark pathologisch verändert, desgleichen die mediale Partie, die ganze rechte Hemisphäre kleiner als die linke. Die großen Ganglien sind rechts schwächer entwickelt als links;

3. die Spitzen der Hinterhauptslappen abtrennend (s. Bild 12). (NB. Der rechte Hinterhauptslappen ist kürzer als der linke, daher von den Frontalschnitten auf beiden Seiten ungleichwertige Organe getroffen werden.)

Die Hinterhörner sind beiderseits stark erweitert. An der linken Hemisphäre wird das Hinterhorn nach außen von dem die Mikrogyrie aufweisenden Gebiet nur durch eine schmale, intensiv weiß gefärbte Schicht getrennt. Rechts ist die stärkste Störung nach der Innenseite gelegen, wodurch die früher beschriebene Einsenkung dieser Partie zustande kommt.

Die Medulla oblongata — die gefärbten Schnitte sind mir von Herrn Dr. Berliner, Assistenten der Klinik, liebenswürdigerweise zur Verfügung gestellt worden — weist eine deutliche Atrophie der die linke Körperhälfte versorgenden Pyramidenbahnen auf (s. Bild 13 und 14). Der eine Schnitt trifft die Medulla oblongata und zeigt die Atrophie der noch ungekreuzten Pyramidenbahnen auf der rechten. Im andern Schnitt, der durch das Rückenmark gelegt ist, sind die Pyramidenbahnen gekreuzt, und die Atrophie der Pyramidenseitenstrangbahnen sitzt auf derselben Seite wie die Parese, d. h. links.

Über den Zusammenhang zwischen klinischem und anatomischem Befund sind einige Erörterungen nötig.

Die Frage der klinischen Diagnose erscheint von vorn-

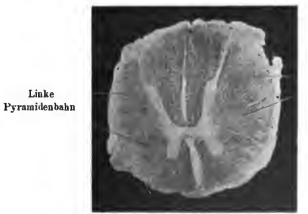
herein als eine leicht zu lösende, da spastische Parese mit Entwicklungshemmung, Epilepsie, Blödsinn in so starkem Grade bestehen, daß ein Zweifel an der Diagnose Porenkephalie im Ernste



Linke Pyramidenbahn

Rechte Pyramidenbahn

Bild 13.
Porenkephale G. B. D. Schnitt durch die Medulla oblongata, oberhalb der Pyramidenkreuzung. Die Degeneration der Pyramidenbahnen sitzt noch auf der rechten Seite.




Rechte Pyramidenbahn

Bild 14.
Porenkephale G. B. D. Schnitt durchs Rückenmark. Die Degeneration der Pyramidenbahnen sitzt links.

nicht entstehen konnte. Es war mit Bestimmtheit ein Herd im rechten Großhirn anzunehmen, der die motorischen Zentren in der Gegend

der Zentralwindungen mitbetreffen mußte. Da eine spastische Parese auch des rechten Unterarms bestand, so war man berechtigt, auch in der Nähe der linken Zentralwindungen einen Herd zu vermuten.

Die Autopsie widersprach einer derartigen Lokalisierung nicht, trat vielmehr ergänzend hinzu. Außerordentlich instruktiv erscheint namentlich der Defekt an der medialen Seite des rechten Stirnhirns, welcher zu gleicher Zeit auch noch die mediale Partie der Zentralwindungen im Lobus paracentralis betrifft. Es wird an ihm deutlich, wie die beschriebene Zerstörung an der Großhirnrinde die Formation der Pyramidenbahnen und die Entwicklung der Muskulatur beeinflußt. Es atrophieren die peripheren Fortsetzungen der Pyramidenzellen, was sich direkt als eine Verminderung der Substanz der entsprechenden inneren Kapsel, der Pyramidenkreuzung und der Pyramidenbahnen im Rückenmark darstellt.

Was die Atrophie des linken Vorderhornes im Rückenmark betrifft, so kann man dabei einesteils an den Wegfall der aus den Pyramidenbahnen in die Vorderhörner einströmenden Nervenfasern und andernteils an eine Art Inaktivitätsatrophie der durch die Störung der Pyramidenleitung zur Untätigkeit bestimmten Ganglienzellen des linken Vorderhornes denken. Aus diesem Gehirn- und Rückenmarksbefund erklären sich die Verhältnisse der Körpermuskulatur sehr leicht.

Der porenkephalische Herd im linken Scheitelhirn kann zur Erklärung der klinischen Symptome insofern verwandt werden, als er auch noch einen kleinen Teil der hinteren Zentralwindung mitbetrifft, daher Störungen in der Muskeltätigkeit der rechten Körperhälfte verständlich sind. Indessen kommt wegen der Geringfügigkeit der Störung eine mikroskopisch erkennbare Entwicklungsstörung der entsprechenden Pyramidenbahnen nicht zustande.

Die starken Defekte im rechten Scheitelhirn hatten kein klinisches Korrelat, das zur Lokalisation des Herdes in genannter Gegend berechtigt hätte, wenn man nicht die motorischen Störungen der linken Seite zum Teil als Wirkung auf die Zentralwindungen von dieser Stelle aus auffassen will.

Es erübrigt, noch einen Blick auf die am Schädel festgestellten Eigentümlichkeiten zu werfen. Derselbe ist relativ als mikrokephal zu bezeichnen, da er bei einem 20jährigen Menschen nur einen Längsdurchmesser von 15,9 cm, einen Breitendurchmesser von 12,6 cm aufweist und dabei sehr niedrig ist. Es dürfte hierin die starke Zerstörung des Gehirns der Scheitelgegend mit Verkürzung beider Hemisphären zum Ausdruck kommen. Dabei können hier einige Entwicklungsdifferenzen an den beiden Hälften aufgefunden werden, die die Richtigkeit des Satzes bestätigen, daß der Störung in der Entwicklung der Hemisphären

eine solche des sie überdeckenden Schädeldaches nicht entsprechen muß, vielmehr das Gegenteil der Fall ist.

Es tritt das zunächst in der Differenz der Schädeldicke hervor, welch letztere rechts ganz wesentlich bedeutender ist als links; ferner ist der rechte Teil des Stirnbeins im ganzen ungefähr gleich groß als der linke, aber besser gewölbt, obwohl die rechte Hemisphäre kleiner ist als die linke; am Hinterhaupt besteht, wie oben festgestellt, entschieden eine stärkere Entwicklnng des rechts von der Medianlinie gelegenen Schädelteils; schließlich ist das linke Parietalbein besser gewölbt als das rechte, dieses aber keineswegs kleiner als jenes, vielmehr teilweise breiter entwickelt, was sich z. B. in dem Abweichen der Pfeilnaht nach links von der Medianlinie am Angulus frontalis zeigt.

Die vorstehenden Fälle zeigen, daß die Störungen bei der Porenkephalie zu den sonstigen Formen lokalisierter Gehirnkrankheiten vielfache und bemerkenswerte Beziehungen haben.

---

III.

# Die Untersuchung von Unfallnervenkranken mit psychophysischen Methoden.

Von Oberarzt **Dr. Curt v. Leupoldt**, Gießen.

Seit Oppenheim die erste Beschreibung der traumatischen Neurose gegeben hat, haben bekanntlich dauernd Streitigkeiten über diesen Gegenstand stattgefunden, deren manche mit großer Heftigkeit geführt worden sind. Die gleichen Meinungsverschiedenheiten, welche in der Literatur niedergelegt sind, kommen in der Praxis, bei der Begutachtung Unfallnervenkranker, immer noch oft in schärfster Weise zum Ausdruck. Nicht nur, daß die Urteile zweier Ärzte einander strikte widersprechen, kommt es sogar vor, daß der eine ausdrücklich hervorhebt, die Darlegungen des anderen seien für ihn nicht überzeugend. Sehr häufig ist das ärztliche Zeugnis darauf gegründet, daß das zu beurteilende Individuum „durchaus den Eindruck“ eines Kranken oder Simulanten mache; diesem Gutachten folgt das eines zweiten Arztes, der mit der gleichen Kraft der Überzeugung den entgegengesetzten Eindruck betont.

Oft auch wird der Beweis der Krankheit auf die Art zu führen gesucht, daß die Glaubwürdigkeit des Verletzten dargelegt wird; es wird angeführt, daß dieser als nüchtern und brav dem Arzte längst bekannt sei und bei der Untersuchung nicht den Eindruck des Übertreibenden machte, so daß man genötigt sei, seinen Beschwerden ebenfalls Glauben zu schenken. Auch belauscht man gelegentlich den Kranken und konstatiert, daß er auch dann hinkt, wenn er sich nicht beobachtet glaubt. Andere wieder weisen darauf hin, daß die Lebensführung, welche durch die zu erwartende Rente ermöglicht wird, ungleich armseliger ist, als die des vollwertig Verdienenden.

Diese letzten drei Methoden der Beweisführung sind der des bloßen Eindruckes entschieden vorzuziehen, nur muß man sich klar sein, daß sie keine ärztlichen Begründungen mehr sind, sondern ein juristisches Plaidoyer. Der Kranke wird zum Angeklagten,

nicht eine Krankheit wird diagnostiziert, sondern man sucht, wenn man die Beschwerden des Kranken nicht abweisen zu dürfen meint, darzulegen, daß kein Betrug vorliegt und entscheidet sich in dubio — pro reo.

Andere Begutachter stehen auf einem einseitig neurologischen Standpunkte und sind damit gezwungen, die Klagen eines großen Teiles der Kranken abzulehnen, da bei traumatischen Neurosen die rein neurologischen Symptome häufig nur in relativ geringem Umfange vorzufinden sind. Tremor der Finger, Steigerung der Patellarreflexe, lebhaftes vasomotorisches Nachröten trifft man wohl ziemlich häufig an; begnügt man sich jedoch, einfach die Tatsache ihres Vorkommens festzustellen, statt ihre Beschaffenheit, die Bedingungen ihres Auftretens und dgl. zu untersuchen, so wird man in ihnen nichts finden, was in ausreichendem Maße eine vom Verletzten behauptete Verminderung der Arbeitsfähigkeit begründen könnte.

Nun hat zwar Oppenheim seiner Zeit schon hervorgehoben, daß die traumatische Neurose eine dauernde psychische Alteration bedeute,[1]) und hat ihr „zerebrale funktionelle Störungen" zugrunde gelegt,[2]) also hier, wie auch in den spezielleren Ausführungen (Symptomatologie u. a.) deutlich auf die psychologische Betrachtung der Krankheit hingewiesen. Die psychologische Bewertung geschieht jedoch vielfach nur auf subjektive Art — eben nach dem persönlichen Eindrucke — und ist jeglichem Angriffe damit leicht zugänglich. Ihr verwandt ist die Richtung, welche den „Kampf um die Rente" in die Begutachtung hineingezogen und diesem Begriff eine hervorragende Bedeutung in der Beurteilung von Unfallnervenkranken eingeräumt hat.

Wir wenden uns nun den Bestrebungen zu, welche auf objektive Untersuchung der Schädigungen gerichtet sind, die der psycho-physiologische Organismus Unfallkranker erlitten hat. In der Gießener Klinik für psychische und nervöse Krankheiten sind sie mit den Arbeiten Hand in Hand gegangen, deren Gegenstand die objektive Darstellung psychopathologischer Zustände überhaupt ist, und haben sich an die Behandlung der traumatisch bedingten Neurosen angeschlossen, die Sommer in der ersten Auflage der „Diagnostik der Geisteskrankheiten" 1894 gegeben hat. Es handelt sich um Anwendung der in dem „Lehrbuche der psycho-pathologischen Untersuchungsmethoden" prinzipiell entwickelten Untersuchungsarten auf das weite Gebiet der Unfallnervenkranken. In dem Bestreben, aetiologische und klinische Hypothesen zu vermeiden, wird eine objektive Beschreibung jedes einzelnen Falles versucht,

[1]) Oppenheim, Die traumatischen Neurosen. Berlin 1892, S. 179.
[2]) l. c. S. 182.

welche ein möglichst vollständiges Bild seines psychischen nnd nervösen Znstandes geben soll. Diese gleiche Betrachtungsweise der vorerst noch als „tranmatische Neurose“ zusammengefaßten Krankheitsfälle mit den übrigen Objekten der Psychopathologie dürfte am ehesten einmal dahin führen zu zeigen, inwieweit eine klinische Differenzierung jener möglich ist.

Für die Frage der Begutachtung ist die Beobachtung dieser Methode heute schon von großem Werte, indem sie öfter imstande ist, vorhandene Krankheitszustände aufzudecken und damit eine objektive Darstellung von der Tatsache und dem Umfange derjenigen Momente zu geben, auf denen jeweilig die Einschränknng der Leistungsfähigkeit des zn begutachtenden Individuums beruht. Auch ist gerade iu Anbetracht der Forderungen des Gesetzes die möglichst vollständige Erforschung der psychischen Gesamtpersönlichkeit von nöten, wie folgende von Oppenheim l. c. S. 196 wiedergegebene Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamtes zeigt: Die Erwerbsfähigkeit ist vielmehr . . . allein danach zn beurteilen, inwieweit Kläger durch die erlittene Verletznng nach seinen gesamten körperlichen nnd geistigen Fähigkeiten in der Benutzung der sich ihm auf dem ganzen wirtschaftlichen Gebiete bietenden Arbeitsgelegenheiten beschränkt ist.“

Es werden im folgenden einige Beispiele solcher Versnche gegeben werden, die psychischen und nervösen Schäden Unfallnervenkranker möglichst vollständig darzustellen. Znvor sollen diejenigen Untersuchungsmethoden knrz mitgeteilt werden, welche uns bisher als die handlichsten für den klinischen Betrieb erschienen sind. Dabei sei jedoch nochmals betont, daß prinzipiell alle für psychopathologische Untersnchungen brauchbare Methoden der experimentellen Psychologie auch als verwendbar für die Erforschung der traumatischen Neurose bezeichnet werden müssen.

Von Arbeiten, die methodologisch wichtig sind für diese Zwecke, seien angeführt: die oben genannten Bücher von R. Sommer; „Die Arbeitsknrve“, von Kraepelin Philosoph. Studien herausgeg. v. Wundt, Bd. 19, 1902 und die Untersuchungen, welche in den von Kraepelin herausgegebenen „Psychologischen Arbeiten“ enthalten sind. Ferner A. Groß, „Zur Psychologie der traumatischen Neurose“, Psychologische Arbeiten, Bd. IV; Heinrich Röder „Über die Anwendung einer neuen Methode der Untersuchung bei nervösen Erkrankungen nach Unfall“. München. Med. Wochenschrift. 1898, Nr. 49. Specht, „Über klinische Ermüdungsmessungen“ I. Teil. Archiv für die gesamte Psychologie Bd. III, und nenestens Specht, „Einige Bemerkungen zur Lehre

von den traumatischen Neurosen," Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1. I. 1906.

## I. Methoden.

### A. Untersuchung motorischer Funktionen.

a. Reflexe.

Die kurvenmäßige Darstellung der Patellarreflexe (s.: R. Sommer, 1. Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden. S. 24 u. ff. bzw. 81. 2. Diagnostik der Geisteskrankheiten II. Aufl. 143.)

Diese Methode gibt ein objektives Bild der Steigerung des Reflexes, des Grades einer etwa vorhandenen Hemmung und des Umfanges solcher Bewegungen, welche nicht mehr dem Reflexe angehören. sondern psychomotorischen Ursprunges sind.

b. Psychomotorische Vorgänge.

1. Untersuchungen der Haltungen des Körpers und einzelner Gliedmaßen; s. psychopathol. Untersuchungsmethoden S. 139 und Diagnostik, II. Aufl. S. 39.

Mit Hilfe des von Sommer angegebenen Apparates ist es möglich, die Bewegungen aufzuschreiben, welche eine ausgestreckte Extremität in jeder der drei Dimensionen ausführt. Desgleichen verzeichnet der Apparat Bewegungen des ganzen Körpers, wenn man die Versuchsperson vor den Apparat treten und die Lenkstange des letzteren ergreifen läßt.

Auf diese Weise läßt sich z. B. eine optische Fixierung vom Ablaufe des Rombergschen Schwankens gewinnen. Setzt man ferner die Versuchsperson vor den Apparat und befestigt das zur Horizontale erhobene Bein mit der Knöchelgegend an der Lenkstange des Apparates, ohne daß es eine weitere Unterstützung erfährt als durch den Stuhl, auf welchem die Versuchsperson sitzt, so lassen sich im Verlaufe der Kurven die Ermüdungserscheinungen studieren, welche bei länger dauernder Streck-Haltung des Beines auftreten.

Dieses Halten stellt eine nicht unbedeutende Arbeit dar. Das Nachlassen dieser Arbeit äußert sich graphisch zunächst als ein allmähliches Sinken der oberen (Druck-) Kurve; außerdem treten bei zunehmender Ermüdung nicht selten Zitterbewegungen auf.

Diese Untersuchung ist geeignet, eine Vorstellung von dem Einflusse zu geben, den eine Anstrengung irgend welcher Art auf die motorische Leistungsfähigkeit ausübt, indem man vor und nach einer Arbeit eine solche Haltungskurve aufnimmt.

Wie ferner eine Kurve, welche nach geringen oder gar keinen Anstrengungen sehr schnell und mit zahlreichen Schwankungen absinkt, auf pathologische Zustände suspekt sein kann, so auch eine solche, welche außergewöhnlich lange hinläuft, ohne die Bewegungen der Ermüdung zu zeigen.

Eine Sammlung solcher Kurven von Gesunden und Geisteskranken enthält die Arbeit von Ermes: „Über die Natur der bei Katatonie zu beobachtenden Muskelzustände.“ Inaug. Diss. Gießen 1903.

Eine Mitteilung der Kurven würde hier zu viel Raum beanspruchen.

2. Dreidimensionale Darstellung des Tremors der Hand und der Finger; s. psychopath. Unters.-Meth. S. 97 und Heft 1 dieser Zeitschrift S. 26.

Bei der Beurteilung der Kurven, welche mit dieser Methode gewonnen werden, sind im wesentlichen zu beachten die Schwankungen des Gesamtniveaus und die Form, Größe und Frequenz der feineren Zitterbewegungen. Soweit die Niveauschwankungen in Betracht kommen, handelt es sich, ähnlich wie bei der Methode b 1 um Haltungen größerer Abschnitte der Extremität, hier also um solche der ganzen Hand und in gewissem Grade auch des ganzen Armes. In nicht seltenen Fällen kommen, besonders in der unteren und mittleren Kurve, auch die Atembewegungen des Thorax als regelmäßige größere Niveauschwankungen zum Ausdruck, nämlich dann, wenn der Oberarm fest gegen die Brustwand angepreßt wird.

Dieser Darstellungsmethode schließt sich auf das engste an die Wiedergabe von

3. Schreckreaktionen auf akustische Reize. Die Methode ist im ersten Hefte an der oben angeführten Stelle unter Anführung der Literatur genauer beschrieben worden. Die Untersuchung unterschied sich von der dort angegebenen nur dadurch, daß der akustische Reiz ein viel schwächerer war. Er bestand statt in einem Klingelsignal in dem Umklappen eines Römerschen Reizapparates, einem Geräusch, auf das die meisten Gesunden sowie viele (auch Unfallnerven-) Kranke gar nicht sichtbar reagieren.

4. Ergographenversuche. Die Aufgabe besteht darin, ein Gewicht taktmäßig zu heben und zu senken. Die für die Versuche angewendeten Apparate sind der Mossosche Ergograph und dessen Modifikationen. Zur Beurteilung und graphischen Darstellung kommt gewöhnlich die Hubhöhe und die Hubzahl. Die Übungen pflegen mit dem Mittelfinger der rechten Hand vorgenommen zu werden, bei Fixation der übrigen nicht hebenden Teile der Extremität. Die Angabe des Taktes geschieht durch ein Metronom; als günstigster Rhythmus sind 30 Übungen in 1' angenommen worden.

S. besonders Wundt Grundzüge der physiologischen Psychologie, V. Auflage, 1902. Bd. II. S. 280 und die dort zitierte Literatnr.

Kraepelin, „Über die Wirkung der Teebestandteile usw., psychologische Arbeiten I. Bd. 1895 S. 380.

Gotthold Lehmann. Über psychomotorische Störungen in Depressionszuständen. Psychol. Arbeiten IV. Bd. S. 652.

Specht, Einige Bemerkungen zur Lehre von den traumat. Neurosen.

Ausdrücklich hingewiesen sei noch auf den von Alfred Lehmann-Kopenhagen konstruierten Apparat, bei dem die Gewichte durch eine Federwage ersetzt sind, und die geforderte Arbeit nicht durch einen Finger, sondern durch den Druck der ganzen Hand geschieht. S. Alfr. Lehmann, Die physischen Äquivalente der Bewußtseinserscheinungen. Leipzig O. R. Reisland 1901. S. 124.

5. Messung des zeitlichen Ablaufes psychomotorischer Reaktionen: Die Versuchsperson erhielt die Aufgabe, so schnell als möglich auf einen bestimmten Schallreiz durch Druck mit dem Zeigefinger auf den Hebel eines Morsetasters zu reagieren. Der akustische Reiz wurde durch einen Schlag auf den Hebel eines anderen Morsetasters ausgeübt. Die Zeit, welche vom Reiz bis zur Reaktion verstrich, wurde am Hippschen Chronoskop als Tausendteile einer Sekunde (σ) abgelesen. Die Einzelversuche wurden in Reihen von je 10 zusammengefaßt. (s. h.) In Tabellen, die von 50 zu 50 σ abgeteilt waren, wurde dann eingetragen, wieviel Einzelversuche auf jede der abgeteilten Rubriken entfielen. Außerdem wurde das arithmetische Mittel der Reaktionszeiten von je 10 Versuchen ausgerechnet.

Beispiele von Resultaten dieser Methode sind später mitgeteilt.

6. Plethysmographische Untersuchungen. Sie geben eine kurvenmäßige Darstellung der unmittelbar nicht sichtbaren Volumschwankungen, welche ein Körperteil wesentlich in Abhängigkeit von der wechselnden Blutfülle erfährt, und sind aus der Physiologie in die Psychologie übernommen worden, um bei der Untersuchung der Gefühlselemente des Bewußtseins verwendet zu werden, ebenso, wie die Registrierung der Atembewegungen durch den Pneumographen und der Bewegungen des Arterienpulses durch den Sphygmographen[1]). Die speziellere Absicht der umfangreichen Untersuchungen dieser Art läßt sich für unsere Zwecke in der Frage zusammenfassen, ob bestimmte Veränderungen der vegetativen Funktionen regelmäßig und ausschließlich als Begleiterscheinungen bestimmter Bewußtseinszustände

[1]) Wundt. Grundriß der physiologischen Psychologie 1902. II. Band. S. 267 ff.

auftreten[1]). Es ist klar, daß diese Frage von außerordentlich großer Wichtigkeit für die Beurteilung Unfallkranker ist, bei denen es sich um den objektiven Nachweis behaupteter Unlustzustände handelt.

Alfr. Lehmann hat hervorgehoben, wie unzweckmäßig es ist, sich bei diesen Dingen in subtile quantitative Messungen einzulassen, statt bestrebt zu sein, wesentliche qualitative Verschiedenheiten an den Tag zu fördern[2]). Diese Warnung ist erst recht von nöten, wenn es sich um Untersuchungen an psychisch Kranken handelt.

Zur Messung und Registrierung des Volumpulses dient Mossos Plethysmograph, sowie der von Alfr. Lehmann konstruierte Apparat. Für klinische Untersuchungen, bei denen besonders aus psychologischen Gründen Schnelligkeit und Einfachheit der Handhabung oft dringend geboten ist, scheint uns der aus dem Physiologischen Institute in Modena hervorgegangene guanto volometrico sehr brauchbar zu sein, der seit dreiviertel Jahren in der Klinik angewendet wird. Der Apparat ist außerordentlich einfach, indem er aus einer handschuhähnlichen Hülle von Papiermaché besteht, von deren dorsaler Seite ein kurzes Glasröhrchen aufsteigt, das zur Befestigung eines Gummischlauches dient, der die Verbindung des Handschuhinnern mit einem Mareyschen Tambour herstellt. Der Schreibhebel des letzteren ist so leicht als möglich gemacht und besteht aus einem Strohhalm, an dessen freiem Ende eine Borste befestigt ist, die auf das schwach berußte Papier des Kymographions schreibt. Das proximale Ende des Handschuhes wird am Handgelenke durch Glaserkitt luftdicht abgeschlossen.

### B. Untersuchung intellektueller Funktionen.

1. Rechenprüfung nach dem in der Klinik eingeführten Rechenschema. S. Krankengeschichte 1. M. T.

Diese Methode erweist sich in vieler Hinsicht als außerordentlich brauchbar, da sie bei großer Einfachheit im stande ist, auf eine ganze Anzahl wichtiger Momente hinzuweisen.

Sie zeigt im einzelnen Falle zunächst, ob der Zahlenbegriff überhaupt in regelrechter Weise entwickelt ist, und trägt somit zur Entscheidung der Frage bei, ob ein angeborener Intelligenzdefekt vorliegt oder nicht. Ferner gibt der zeitliche Verlauf der Beantwortung der Fragen eine Vorstellung von etwa vorhandenen Hemmungen. Auch kommen stärkere Gedächtnisstörungen bei der Aufnahme eines Rechenbogens meistens schon deutlich zum Ausdruck; ebenso Zeichen von schneller Ermüdung und rasch sich steigernder Unlust.

[1]) Alfr. Lehmann, Die körperlichen Äußerungen psychischer Zustände, erster Teil. Übersetzt von F. Bendixen. Leipzig 1899.

[2]) l. c. S. 3.

Endlich ist die Untersuchung nicht ohne Bedentung für die Frage, ob Neigung zur Simnlation besteht.

Die Methode kann in vielen Fällen als Wegweiser dienen, welcher zeigt, in welcher Richtung sich die weiteren Untersuchungen hauptsächlich zu bewegen haben. Darum empfiehlt es sich, die Rechenprüfung an den Anfang der psychologischen Untersuchungen im engeren Sinne zu stellen.

2. Fortgesetztes Addieren einstelliger Zahlen. Die Methode ist von Kraepelin angegeben und von ihm und seinen Schülern vielfach benutzt worden. S. die vorn mitgeteilte Literatur.

Ihre Anwendung geschah zuerst hauptsächlich im Sinne individualpsychologischer Forschung und wurde dann auch auf Gegenstände der Psychopathologie ausgedehnt. Im Interesse einheitlicher Untersuchung sei eine bestimmte Form ihrer Anwendung hier empfohlen und die Darstellung aus der Arbeit von Specht „Über klinische Ermüdungsmessungen“, S. 268, zitiert:

„In den von Kraepelin eingeführten Rechenheften wurde fortlaufend die Summe von je zwei aufeinander folgenden einstelligen Zahlen unter Vernachlässigung der Zehner notiert. Wie Kraepelin und seine Schüler nachgewiesen haben, können die Rechenfehler bei diesen Versuchen ohne Bedenken vernachlässigt werden. Um den Gang der Arbeitsleistung in den einzelnen Minutenabschnitten verfolgen zu können, hatte die Vp. am Ende jeder Minute, das durch ein Glockensignal markiert wurde, einen Strich unter die zuletzt addierten Zahlen zu setzen. Die einzelnen Tagesversuche der ganzen Reihe begannen regelmäßig um dieselbe Zeit. Während der ganzen Versuchszeit hatten sich die Vp. einer bis ins kleinste geregelten Lebensweise zu befleißigen.“

3. Prüfung des Wortgedächtnisses mittels assoziativ verknüpfter Wörter. Die Methode ist von P. Ranschburg angegeben und mitgeteilt in „Studien über die Merkfähigkeit der Normalen, Nervenschwachen und Geisteskranken“, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. IX, S. 241. — Außerdem s. Heft I dieser Zeitschrift S. 43.

Die Untersuchung wurde meist in der Weise vorgenommen, daß zur Einübung der Methode erst drei Wortpaare vorgesprochen wurden, deren jedes die Versuchsperson nachsprechen mußte, z. B.:

Kind — Mutter (vorgesprochen — nachgesprochen)
Ton — Stimme ( „ „ )
Gras — Wiese ( „ „ )

Nach 10“ wurde das erste Wort als Reizwort zugerufen: „Kind“, worauf die Versuchsperson zu ergänzen hatte: „Mutter“. Darauf wurde in derselben Weise eine Gruppe von 6, dann von 9 Wortpaaren durchgegangen. Der Kürze halber sei in den späteren Darlegungen die Summe der zur Prüfung vorgesprochenen Wortpaare mit s., die richtig

ergänzten mit r. bezeichnet, so daß z. B. „$\frac{r}{a} = \frac{2}{3}$" heißen würde: von 3 Wortpaaren sind 2 richtig ergänzt worden, während bei einem das Gedächtnis versagt hat.

4. Assoziationsversuche. Die Applikation des Reizwortes geschah durch Zuruf. Verwendet wurden stets die gleichen Reizworte, welche nach Sommers Angabe in der Klinik gebräuchlich sind (s. psychopath. Unters.-Meth. S. 344 und Diagn. II. Aufl. S. 112).

Der zeitliche Ablauf der Reaktionen wurde mit der $^1/_5$-Sekunden-Uhr gemessen und nur in Betracht gezogen, wenn große Verlangsamungen (auf 10" und mehr) stattfanden.

Die Beurteilung des Inhaltes hat im Prinzip nach den gleichen Gesichtspunkten zu geschehen, wie bei Associationen psychisch Kranker überhaupt (vgl. Sommer. Untersuchungsmethoden, Aschaffenburg Experimentelle Studien über Assoziationen (Psycholog. Arbeiten Bd. I).

Unsere Erfahrungen mit Unfallkranken haben im wesentlichen 3 Momente zu Tage gefördert, welche man als Hilfsmittel zur objektiven Darstellung der Krankheit ansehen könnte: spezifischer Stimmungsgehalt, stark hervortretende Eigenbeziehungen und auffallende Einförmigkeit der Antworten. Die letztere Erscheinung war häufiger anzutreffen, für die beiden ersten verfügen wir nur über vereinzelte Beispiele.

5. Reproduktion einer vorgelesenen Geschichte. Der Kranke erhielt die Anfgabe, dem Vorlesen einer Erzählung zu folgen, um den Inhalt derselben, nachdem er sie angehört hatte, kurz wieder zu erzählen. Es wurde nun zuerst stets die auf Seite 44 des 1. Heftes mitgeteilte Geschichte vorgelesen und daranf, je nachdem die Reproduktion gut oder schlecht gewesen, zu einer schwierigeren oder einfacheren Erzählnng übergegangen.

Die wesentliche Aufgabe besteht bei diesem Experimente darin, daß der Kranke den Gang der einfachen Geschichte auffaßt. während die Fähigkeit der Reproduktion weniger in Betracht gezogen werden kann, da hierbei der Bildungsgrad der Versuchsperson eine wesentliche Rolle spielt. Mängel der Reproduktion lassen sich durch Hilfsfragen leicht ausgleichen. Hatte man nun durch Anwendung der Ranschburgschen Merkfähigkeitsprüfung ein Urteil über die elementaren Gedächtnisleistungen des Untersuchten gewonnen, so konnte diese Methode der vorgelesenen Geschichte eine Vorstellung gewähren von seiner Fähigkeit, einen einfachen logischen Komplex aufzufassen.

Eine Reihe von Untersuchungen. die mit der gleichen Erzählung an Gesunden und Kranken vorgenommen worden waren, hatten gezeigt. daß die Pointe zwar nicht immer scharf erkannt, daß aber der Gang der Handlung richtig erfaßt wurde. wenn nicht schwere intellektuelle Schäden vorlagen.

6. Schreiben nach Diktat. Es handelt sich dabei um die

Regulierung eines bei der Untersuchung psychisch Kranker von jeher angewendeten Hilfsmittels. An Stelle einer jedesmal zufälligen Wahl des Textes und willkürlicher Abtrennung der einzelnen Wortgruppen, wurden bestimmte Texte festgesetzt und die vorzusprechenden Gruppen einheitlich abgeteilt. Der Inhalt der Texte war möglichst einfach gestaltet, um Ungleichheiten der intellektuellen Leistungen zu vermeiden, welche in den Unterschieden der Schulbildung der einzelnen Kranken gelegen hätten. Es waren daher Stücke aus Lesebüchern der unteren Schulklassen zugrunde gelegt. Der Umfang der einzelnen Wortgruppen, welche jedesmal zur Niederschrift vorgesprochen wurden, betrug je 5 Wörter, mit Ausnahme aller fünften (5. 10. 15. usw.) Gruppen, deren jede 9 Wörter umfaßte. Die Silbenzahl der ersteren belief sich auf 8—9, der zweiten Gruppenart auf 15—17. Die Diktate bestanden aus je 200 Wörtern, welche in der genannten Art zu 35 Gruppen abgeteilt waren. Es wurde bei jeder Gruppe die Zeit notiert, welche vom Vorsprechen bis zur Vollendung der Niederschrift verstrich. Bei Zwischenfragen der Versuchsperson nach dem Texte wurde die für die Beantwortung nötige Zeit ausgeschaltet. Als Maßstab für den zeitlichen Ablauf der Arbeit wurde die Zahl verwendet, welche sich ergab, wenn man die Zahl der wirklich niedergeschriebenen Silben einer jeden Wortgruppe in die Zahl der Sekunden dividierte, welche zur Niederschrift der ganzen Wortgruppe gebraucht worden waren. Der so gewonnene Wert gab nun, wie aus der bisherigen Darstellung ersichtlich ist, nicht die Durchschnittszahl der für die Niederschrift einer Silbe notwendig gewesenen Zeit, sondern enthielt auch alle außerhalb des Schreibvorganges zwischen den einzelnen Silben gelegenen zeitlichen Momente. Gerade diese aber kommen ebenfalls in Betracht, wenn es sich um die Darstellung stärkerer Hemmungen handelt. Wie nun überhaupt bei pathologischen Zuständen, sind auch hier nur große Unterschiede in Betracht zu ziehen; geschieht dies, dann fallen etwaige Ungenauigkeiten in der Notierung der Zeit — die sich höchstens auf 1—2" belaufen können — sowie andere nicht pathologische Differenzen als Fehlerquellen fort und die oben angegebene Berechnungsweise ermöglicht in der Tat eine anschauliche Vorstellung vom Ablaufe der geleisteten Arbeit. Es seien als Beispiele einige Zahlen aus dem Diktate eines Gesunden (G.) und eines Unfallnervenkranken (Fall III, A. S.) mitgeteilt, die bei gleichem Texte und unter gleichen äußeren Versuchsbedingungen gewonnen worden sind:

| G. | | | | | A. S. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Gruppe | 17" : 9 | (Silben) | = 1,8 | | 1. Gruppe | 90" : 8 | (Silben) | = 11,2 |
| 2. „ | 21" : 9 | „ | = 1,3 | | 2. „ | 78" : 9 | „ | = 9,6 |
| 3. „ | 17" : 9 | „ | = 1,8 | | 3. „ | 72" : 8 | „ | = 9,0 |
| 4. „ | 15" : 8 | „ | = 1,8 | | 4. „ | 65" : 8 | „ | = 8,5 |
| 5. „ | 32" : 16 | „ | = 2,0 | | 5. „ | 132" : 13 | „ | = 10,1 |
| | usf. | | | | | usf. | | |

Außer dem zeitlichen Verlaufe der Gesamtarbeit muß noch die Qualität der letzteren angegeben werden. Sie wird bestimmt durch die Zahl der in der Nachschrift enthaltenen Fehler. Als Fehler werden dabei nur Auslassungen und Veränderungen von vorgesprochenen Worten gerechnet.

Über die hier mitgeteilten Methoden ist im allgemeinen noch zu bemerken, daß ihre Anwendungsweise eine zweifache sein kann, indem ihre Resultate an sich bemerkenswert sind und indem sie vergleichsweise Bedeutung gewinnen können. So kann die Aufnahme je einer Tremorkurve vor und nach einer Arbeit Aufschlüsse geben über Veränderungen im motorischen Verhalten, die sich im Anschluß an die geleistete Arbeit vollzogen haben.

Was derlei Arbeiten anbetrifft, so empfiehlt es sich, ihre Wahl nicht zufällig, sondern ebenfalls nach experimentellen Gesichtspunkten vorzunehmen, so daß neben allgemeinen Arbeitsleistungen, wie Gartenarbeit, Spazierengehen u. ähnl. auch solche vorgenommen werden mögen, welche genau präzisiert, selbst psychophysische Experimente sind (z. B. Ergographenarbeit. fortl. Additionen, Diktat u. a.).

## II. Krankenuntersuchungen.

**I. M. T.** am 12. 7. 1866 geboren. ist vom 30. 9. 03. bis zum 25. 3. 1904 in der Klinik behandelt worden. Der Hergang des Unfalles und Verlauf der Krankheit bis zur Aufnahme in die Klinik war, laut Akten der Berufsgenossenschaft, folgender: 20. 5. 1903 vier Meter tiefer Sturz in einen Keller. Dabei wurde T. von dem glühenden Inhalte eines umstürzenden Kokskorbes getroffen, arbeitete sich in die Höhe und begab sich sofort zum Arzte, der Brandwunden an beiden Händen, Kopf und Hals, sowie Geschwulst des Kopfes feststellte. Die Verbrennungen I. und II. Grades waren im Laufe des Septembers 1903 zur endgültigen Heilung gekommen. Zwei Monate später äußerte sich das ärztliche Zeugnis dahin, man könne nicht die Überzeugung gewinnen. daß die Kopfschmerzen, über welche T. klage, Folgen der Verbrennung seien, woraufhin die Berufsgenossenschaft annahm, es bestehe keine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit mehr. Nachdem der Kranke Berufung eingelegt hatte. wurden durch schiedsgerichtliche Entscheidung 30 % der Vollrente gewährt. Ferner wurde bei der Firma, bei welcher er früher gearbeitet hatte. darum nachgesucht, ihn wieder zu beschäftigen, da er durch „ernste Arbeitaufnahme“ bald wieder völlig hergestellt werden würde. Die Firma leistete dieser Bitte Folge und teilte im März 1904. nachdem T. seit ca. fünf Wochen von ihr wieder angestellt und mit leichten Arbeiten beschäftigt worden war, mit. daß er manchmal „ohne etwas zu sagen, von der Arbeitsstelle fernbleibt oder grund-

los von der Arbeit fortgeht.“ Drei Monate später wurde Steigerung der Klopfreflexe, Schwanken bei geschlossenen Augen, Zittern der Hände und Znnge und Dermographie konstatiert, Nenrasthenie diagnostiziert nnd die Gewährung einer Rente von 30 % vorgeschlagen. Im August 1904 wurde die Diagnose auf Gehirnkrankheit gestellt.

Bei der Anfnahme in die Klinik gab die Ehefrau des T. eine mit den Mitteilungen der Akten übereinstimmende Darstellung des Unfalles; außerdem sagte sie aus, er wäre damals, bald nachdem er heimgekommen, bewußtlos geworden und hätte am ganzen Körper Krämpfe bekommen, die in der ersten Nacht häufig, etwa von der Dauer einer halben Stnnde, und so stark aufgetreten wären, daß das ganze Bett gewackelt hätte. Anch habe er verwirrt geredet. Seit dem Frühjahr 1904 sei eine Änderung im Charakter vorgegangen, indem er das Interesse für die Familie verloren habe, und harsch und abweisend geworden sei, während er früher gutmütig war. Mitunter mache er verkehrte Dinge, z. B. habe er einmal plötzlich das Fleisch in das Feuer geworfen; manchmal starre er minntenlang unbeweglich zum Fenster hinaus oder in den Spiegel.

Der Inhalt der auf Befragen von T. geäußerten Klagen ist kurz folgender: wühlender Kopfschmerz auf Scheitelhöhe, von wechselnder Stärke, auch nachts; dabei werde ihm manchmal schwindlig. Wenn er mit der Hand die Stelle berühre, tuen die Haare weh.

Aus dem körperlichen Befunde ist hervorzuheben: schlechter Ernährungszustand = 53,5 kg bei 168 cm Körperlänge. Hautfarbe blaß. Farbe der sichtbaren Schleimhäute sehr blaß. Augenlider gerötet. Auf der rechten Seite des Halses und auf der Stirn, zwei Finger breit von dem Haargrunde nach abwärts, war die Hant etwas heller, ohne sonst bemerkenswerte Veränderungen zu zeigen; anscheinend lagen hier die Reste der Brandnarben vor. Auf den Handrücken war von solchen kaum noch etwas wahrzunehmen.

Rechte Stirnhälfte etwas stärker hervorgewölbt als die linke. Es bestanden starke Querfalten auf der Stirn, die rechts etwas höher hinaufreichten, als links. Schädelumfang = 59 cm, Sagittalbogen = 36 cm, Sagittaldurchmesser = 20 cm, Bogen von einem zum andern oberen Ohrmuschelansatz = 36 cm, dazugehöriger Durchmesser 15 cm.

Pulzfrequenz 84.

Pupillen gleichweit. Lichtreaktion prompt. Patellarreflexe lebhaft, kein Fußklonus. Tremor der Finger kaum wahrnehmbar, der Znnge desgleichen. Kein Rombergsches Schwanken, keine ataktischen Erscheinungen an den Extremitäten. Sprache schwerfällig, ohne Coordinationsstörungen. Die taktile Sensibilität ließ keine Störungen erkennen. Dagegen wurden auf dem Handrücken, etwa zwei Finger oberhalb des Handgelenkes, links bis zu den I., rechts bis zu den II. Phalangealgelenken,

Nadelstiche als nicht schmerzhaft angegeben. Der Temperatursinn war erhalten.

In psychischer Beziehung trat am deutlichsten zunächst das Moment hochgradiger Hemmung hervor, welches aus der Art des Kranken, sich zu bewegen, der langsamen Sprechweise, dem starren Gesichtsausdrucke und dem Mangel an spontanen, sprachlichen Äußerungen, ersichtlich war. Inhaltlich konnten seine Antworten oft den Verdacht erwecken, daß er seine .ganze Situation nur mangelhaft auffasse. Der am 3. 10. 04. aufgenommene Fragebogen, betreffend Orientiertheit usw. lieferte unter anderem folgende Beispiele:

Wie alt sind Sie? „37" (wann geboren?) „1866" (an welchem Tage?) „12. Juli." — Wo sind Sie zu Haus? „Worms." — Welches Jahr haben wir jetzt? „94" (nein, Sie haben sich versprochen) „4" (welches „4"?) „1904". — Welchen Monat haben wir jetzt? „5. Juli". (Frage wiederholt) „September". — Welchen Tag im Monat haben wir heut? „den letzten September". — (Was meinten Sie mit 5. Juli?) „bin ich geboren." — (Vorhin sagten Sie, Sie wären am 12. Juli geboren?) „. . . der 12". (Warum frage ich Sie dieses alles?) . . . — (Nach 30" Wiederholung der Frage). „Was aufzuschreiben". — (Warum?) „Weiß ich nicht."

Bemerkenswert ist hier die Perseveration der in den ersten Fragen enthaltenen Vorstellung, die drei Fragen später wieder auftaucht. Auch die Beantwortung der letzten Frage ist auffallend.

Wir teilen nun im Zusammenhange die Untersuchungen des psychischen Zustandes mit, welche methodisch mit T. während der ersten Wochen seines Aufenthaltes in der Klinik vorgenommen wurden.

Am 3. Oktober 1904. 1. Rechenprüfung:

1×3 = 3. — 2×4 = 12 (was gefragt?) (Nach 20") 3×3 (nein 2×4) = 8. — 3×5 = 15. — 4×6 = 27 (nein) . . . (was gefragt?) 6×4 (ist?) 24. — 5×3 = **35.** — 6×8 = 48. — 7×9 = 63 (nach 15"). — 8×10 = 80. — **9×11** = 90 (nach 27") (nein) 9×10 ist 90 (was gefragt?) 9×10 (nein, 9×11) 9×10 ist 90, 9×1 . . . 99. — 12×13 = (nach 45") 10×13 sind 130, 2×13 sind 26 . . . 10×13 sind 130 . . . (nach 25") 2×13 = 26 . . . 130+26 = **156.**

2+2 = 4 (2 bis 5"). — 3+4 = 7. — 4+6 = 10. — 5+8 = 13. — 8+14 = 22. — 11+20 = 31. — 14+20 sind 34 (nach 73"). — 14+26 = (Keine Antwort. Nach 60" wurde die Frage an ihn gerichtet, wie die Aufgabe gelautet habe?) = **14+20 ist 34"** (das war nicht gefragt, 14+26?) = 40 (nach 55"). — 17+32 = (Keine Antwort. Nach 60" wurde er nach der Aufgabe gefragt) = 17+30 (nein, 17+32) — (Keine Antwort; erklärt auf weiteres Befragen, er könne das im Kopfe nicht ausrechnen). — 20+38 = 48 (nein, 20+38?) 58 (nach 90").

An dieser Stelle wurde die Untersuchung abgebrochen, da der Kranke erklärt, er fühle sich angegriffen.

2. Diktat, enthielt nur 66 Wörter. Darin wurden 18 Fehler gemacht, welche aus Auslassungen und sinnentstellenden Veränderungen bestanden. Der zeitliche Ablauf war stark gehemmt und betrug für eine Silbe durchschnittlich 7,5", wenn man in der Seite 139 angegebenen Weise eine Zeitvorstellung für die Arbeit gewinnen will.

4. Oktober. Fortsetzung der gestern abgebrochenen Rechenprüfung:

3—1 = 2 (sofort); 8—3 = 5; 13—5 = 7 (5") (nein) = 8 (7"); 18—7 = 12 (nicht ganz) = 11. — 29—10 = 17 (7") nein 20 (was gefragt?) 29 von 9 (29—10?) = 19. —

62—13 =
73—22 =
84—25 =
(trotz vielfacher Hilfsfragen erklärt er, die Aufgaben nicht lösen zu können.)

8 : 2 = 4; 18 : 3 = 6; 32 : 4 = „4×8 sind 32“; 50 : 5 = 10 mal; 18 : 6 = 3 mal; — 35 : 7 = 7 (nein) 7×5 sind 35.

Die schlechten Resultate dieser einfachen Untersuchung könnten in mancher Beziehung auf mangelhafte Entwicklung des Zahlenbegriffes und damit auf angeborenen Intelligenzdefekt suspect sein. Gegen diese Auffassung jedoch spricht der durchaus richtige Gang der Lösung einiger Rechenaufgaben, wie 12 × 13. — Auffallend ist bei dieser Untersuchung wieder die hochgradige Hemmung, welche im Ablaufe der Reaktionen zu Tage tritt. Im Besonderen läßt sich sodann ein Mangel in der Tätigkeit erkennen, die gestellten Aufgaben zu reproduzieren; dieser wieder kann psychologisch begründet liegen in Störungen der Merkfähigkeit oder der Auffassung. Wie weit dabei eine Herabsetzung der Aufmerksamkeit eine wesentliche Rolle spielt, läßt sich nicht bestimmt sagen. Die Tatsache, daß manche Aufgaben beinahe richtig gelöst wurden, könnten in letzterem Sinne verwertet werden. Zu beachten ist auch die subjektive Angabe, auf Grund derer am 3. Oktober die Untersuchung abgebrochen wurde; sie weist auf schnell eingetretne Ermüdung.

Auf Störungen der Auffassung deutet ferner die Niederschrift des Diktates, dessen Text zu einem völlig sinnlosen Produkte geworden ist.

Die psychologischen Untersuchungen nahmen nun folgenden Fortgang:

Am 7. Oktober. 1. Vorlesen der vorn zitierten Geschichte mit der Aufgabe, ihren Inhalt nachher mündlich wiederzugeben.

Es fanden dabei folgende Fragen und Antworten statt:

Was stand in der Geschichte? „Ich weiß nicht“. — Von was war die Rede? „Ich weiß nicht“. — Was kamen für Menschen in der Geschichte vor? Ich weiß nicht“. — Es war von einem Bruder und einer Schwester die Rede. Der Bruder war auf See gefahren. Was tat die Schwester? „Ich weiß nicht.“

Von einer noch einfacheren Aufgabe, einer Geschichte aus einem Lesebuch für das zweite Schuljahr, brachte er einige wenige elementare Punkte vor.

Schließlich wurde zu einer kurzen Zeitungsnotiz gegriffen, um Vorstellungen zur Reproduktion vorzulegen, die dem Kranken geläufiger waren. Der Text dieser dritten Geschichte lautete:

Heute morgen um 6 Uhr wurde einem Bäckerburschen in der Neugasse der Wagen mit Brötchen gestohlen. Schutzleute sahen, wie der Dieb damit losfuhr,

glaubten jedoch, es sei der Bäckerbursche. Später fand man den Wagen im alten Rebstock wieder vor, jedoch seines Inhaltes von ca. 400 Brötchen beraubt.

Reproduziert wurde folgendes:

1. Was habe ich ihnen vorgelesen? „Heute wurde einem Bäcker ein Wagen gestohlen"; — 2. was war in dem Wagen? „Nichts"; — 3. das hatte jemand gesehen. Wer? „Der Bäckerbursche"; — Nein; 4. hat sich der Bäckerbursche das gefallen lassen? „Er hat ihn wiederbekommen"; — 5. Wie hat er ihn wiederbekommen? „Hat ihn wiedergefunden."

Der Ausfall dieses Versuches weist ebenfalls darauf hin, daß Störungen der logischen Auffassungsfähigkeit vorliegen.

2. Prüfung des Wortgedächtnisses nach Ranschburg, mit 3 Wortgruppen vorgenommen.

Das Resultat war:

I. $\frac{r}{s} = \frac{1}{3}$. — II. $\frac{r}{s} = \frac{1}{3}$. — III. $\frac{r}{s} = \frac{1}{3}$. — Zwanzig Minuten später wurden dieselben Wortpaare nochmals vor- und nachgesprochen und dann abgefragt. — Resultat:

I. $\frac{r}{s} = \frac{0,5}{3}$. — II. $\frac{r}{s} = \frac{0}{3}$. — III. $\frac{r}{s} = \frac{1}{3}$. —

Am 8. Oktober fand statt.

1. Eine graphische Aufnahme der Zitterbewegungen der Hand und eine solche der Patellarreflexe. Die Beschreibung folgt später.

2. Eine Befragung über die gestrige Untersuchung.

T. gibt an, sich auf die Tatsache, daß ihm etwas vorgelesen worden sei, zu besinnen; vom Inhalt des Vorgelesenen wisse er nichts mehr. (Aus einer Zeitung vorgelesen?) „Ich meine aus einem Buche." (Nicht auch aus einer Zeitung?) „Nein." (Stand in der Zeitung nicht auch etwas von einem Bäckerjungen?) „Nein." (Doch: von einem Bäckerjungen dem der Wagen gestohlen wurde?) „Nein."

3. Abermaliges Vorlesen der Geschichte von gestern.

(Was steht in der Geschichte?) „Weiß nicht." (Haben Sie die Geschichte schon gehört?) „Nein." (Ich habe sie Ihnen gestern vorgelesen. Besinnen Sie sich darauf?) „Nein."

Geschichte III (die Zeitungsnotiz) wird vorgelesen. (Was steht in der Geschichte?) „Einem Bäckerjungen wurde ein Wagen gestohlen." (Wer hat das gesehen?) „Er selbst." (Was war in dem Wagen?) „Nichts." (Hat sich das der Bäckerbursche gefallen lassen?) „Er hat ihn wiederbekommen." (Wie hat er ihn wiederbekommen?) „Er hat ihn gesehen." (Wie ist er wieder in den Besitz des Wagens gekommen?) „Er hat ihn gesehen." (Wie geschah es nun, daß er ihn wiederbekam?) „Er hat ihn fortgefahren."

Wieder waren die einfachen Inhalte gar nicht oder falsch aufgefaßt worden. Bei der Zeitungsgeschichte fiel ferner auf, daß auf gleiche Fragen z. T. wörtlich die gleichen unrichtigen Antworten, wie gestern, erfolgten. (S. d. gesperrt gedruckten Stellen.)

4. Prüfung des Wortgedächtnisses, mit denselben Wortpaaren und in der gleichen Weise, wie am 7. 10.

I. $\frac{r}{s} = \frac{0,5}{3}$. — II. $\frac{r}{s} = \frac{1}{3}$. — III. $\frac{r}{s} = \frac{1}{3}$. —

Wie gestern findet dabei eine Reproduktion der gleichen falschen Ergänzungen statt. (S. darüber die Tabelle auf Seite 150.)

5. Rechenbogen, nach gleichem Schema wie früher.

1 × 3 = 3 (sofort); 2 × 4 = 8 (sofort); 3 × 5 = 15 (sofort); 4 × 6 = 24 (10"); 5 × 7 = 34 (nein) „34" (nach 30") (nein) . . . 6 × 8 = 48 (sofort); 7 × 9 = . . (keine Antwort; wird aufgefordert das 1 × 9 herzusagen, tut es und liefert dabei die Antwort:) „7 × 9 = 61." 12 × 13 = . . . (vorrechnen) . . . . . (Aufgabe?) „9 × 13" (nein 12 × 13; was gefragt?) „10 × 13" (12 × 13?) . . . (wie rechnen Sie das? Können sie es rechnen?) „Nein." (Sie haben es neulich gerechnet. Wie anzufangen?) „160" (rechnen Sie vor) (Keine Antwort).

2 + 2 = 4 (sofort); 3 + 4 = 7 (sofort); 4 + 6 = 10 (sofort); 5 + 8 = 13 (sofort); 8 + 14 = 22 (sofort); 11 + 20 = 30 (nein 11 + 20) . . . 31; 14 + 26 = 14 + 26 (Nach vielfachen Hilfen kein richtiges Resultat zu erzielen) „Auf dem Papier könnt ichs." 20 + 38 = (Die gleiche Angabe, wie zuvor.) 23 + 44 = . . . (Was gefragt?) „44 + 22" (44 + 23) (Wieviel ist 44 + 20) . . . .

3 − 1 = 2; 8 − 3 = 5; 13 − 5 = 7 (Nein) „8" (sofort); 18 − 7 = 11; 29 − 10 = 19; 40 − 13 = „geht nicht"; 51 − 16 = „geht nicht." 62 − 19 = „geht nicht."

2 : 1 = 2 mal (sofort); 8 : 2 = 4 mal (sofort); 18 : 3 = 6 mal (sofort); 32 : 4 = 8 × 4 sind 32; 50 : 5 = geht 10 mal; 18 : 6 = geht 3 mal; 35 : 7 = . . . . 56 : 8 = 6 mal; 81 : 9 = . . . . (Keine Antwort.) (Können Sie das vorrechnen? „Nein."

In rechnerischer Hinsicht ist das Ergebnis fast noch schlechter als am 3. und 4. 10. Manche Antworten könnten den Eindruck des Negativismus erwecken.

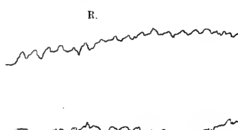
4. Diktat, diesmal von etwas mehr als 100 Wörtern (108). Das Maaß für den zeitlichen Ablauf beträgt durchschnittlich 8,5" inbezug auf eine Silbe. In der Niederschrift haben 37 Auslassungen von Wörtern stattgefunden und 10 sinnstörende Wortveränderungen (also 43,5 % Fehler). Das Gesamtprodukt ist so, daß in der ersten Hälfte — etwa bis zum Absatze neun — trotz aller Fehler der logische Zusammenhang noch einigermaßen erkennbar ist, während er von da an bis zum Schluß vollständig aufgehoben erscheint. Es seien beide Teile, der vorgesprochene und der niedergeschriebene zum Vergleiche mitgeteilt. Die senkrechten Striche bezeichnen den jedesmal vorgesprochnen Absatz. bzw. den niedergeschriebenen.

Hugo hatte einen kranken Fuß[1]| und mußte deshalb den ganzen Tag im Zimmer bleiben.[2]| Die Zeit wurde ihm sehr lang.[3]| Bald sah er den Tisch, bald die Stühle,[4]| bald den Spiegel, bald den Ofen an.[5]| Ungeduldig sagte er endlich zu ihnen:[6]| „Was steht Ihr denn alle so stumm um mich her?[7]| Erzählt mir doch etwas von Euch[8]| damit mir die Zeit nicht so lang wird."[9]| Da rückte der Tisch ein wenig mit seinen Beinen[10]| und sagte:[11]| „Gern, lieber Hugo.[12] Hörst du da drüben hobeln und sägen?[13]| Meister Bertram, der Schreiner, hat dort seine Werkstatt.[14] Einstmals nahm er Bretter[15]| bearbeitete sie mit Hobel und Säge[16]| und fügte sie zusammen.[17]| Die Niederschrift lautete:

„Kuhkoh hat ein Fuß[1] und muß ihm Zimmer sein[2], die Zeit wurde sehr lang[3] bald sa er Stühle.[4] hald den Ofen an[5] und Sa zu ihnen[6] was steht ihr um mich er,[7]| Zähl mir doch von Euch[8]| da mir die Zeit so wird[9] dann Bruck der Tisch[10] sagt[11] kern Huchoh[12] Hohel und Sachen[13], Meister Berta hat ein Werkstatt[14]| eistmal nam er[15] Arbeitet und Hobel und Sängt[16]| füchte zusammen.[17]|"

Es muß noch bemerkt werden, daß die im I. Teile angegebene Regulierung des Diktattextes hier noch nicht stattgefunden hatte.

Psychologisch läßt die Untersuchung wiederum erkennen: starke Hemmung, Erscheinungen geschädigter Auffassungsfähigkeit und schneller Verschlechterung der Aufmerksamkeit.








Kurve 1a. M. T.

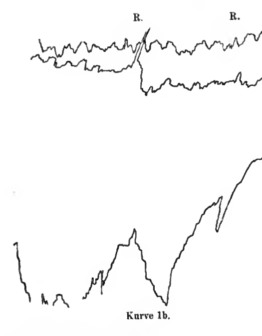
Rein vom Standpunkte der Arbeitsleistung aus können wir resümieren: abnorm lange Arbeitszeit, gänzlich unbrauchbares Arbeitsprodukt.

Die Untersuchung wurde abgeschlossen mit der Aufnahme einer Tremor- und einer Patellarreflexkurve.

Betrachten wir die Tremorkurven (s. T. 1a—1c,) so sehen wir Kurve 1a, die im Beginne dieser Untersuchung aufgenommen worden ist, in allen drei Dimensionen ohne größere Schwankungen des Gesamtniveaus verlaufen. Es ist aus der ganzen Kurve der unruhigste Teil zur Reproduktion ausgewählt worden, in welchem das Niveau der unteren (Druck-) Kurve die meisten Veränderungen zeigt. Die Zitterbewegungen sind als gering zu erachten, zumal in Anbetracht des Umstandes, daß bei der langen Umdrehungszeit (180") der Trommel die geringsten Bewegungen deutlich aufgezeichnet werden. Bei R. ist ein akustischer Reiz von der im ersten Teile beschriebenen Art gesetzt worden; eine sichtbare Reaktion ist nicht erfolgt.

T 1b, ist die am Ende der Untersuchung aufgenommene Kurve. Sie ist wesentlich unruhiger als die erste: erstens ist der Kranke hier weit weniger im Stande gewesen die einmal angegebene Haltung zu bewahren. Vielmehr haben sich die Abstände der einzelnen Kurven

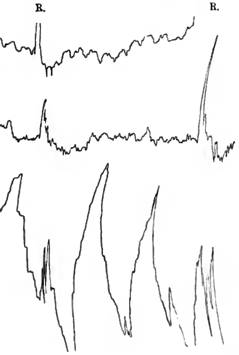
Anmerkung. Sämtliche in dieser Arbeit abgebildeten Kurven sind in verkleinertem Maßstabe wiedergegeben.




Kurve 1b.

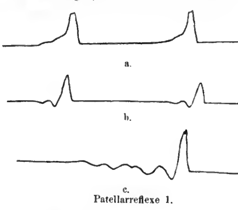
von einander stark verschoben, so daß die mittlere und obere ungewöhnlich nahe aneinander und die Druckkurve sehr weit nach unten gerückt ist, mitunter so, daß sie die Fläche der Trommel vorübergehend ganz verlassen hat; auch sieht man auf dem abgebildeten Teile die untere Kurve sehr starke Schwankungen durchmachen. Außerdem ist eine Vermehrung der feinen Zitterbewegungen warzunehmen. Ganz bedeutend endlich ist der Unterschied der Schreckreaktion, welche hier auf denselben Reiz, wie bei 1a. erfolgt. Die Bewegungen sind bei dem ersten R. recht umfangreiche, bei dem zweiten noch deutlich sichtbare.

Die Niveauschwankungen und dieses Verhalten der Schreckreaktion sind die wesentlichen Merkmale dieser Kurve. Die ersteren zeigen eine Schwäche in der motorischen Leistung der Haltung an, welche in der ersten Kurve nicht vorhanden war, die zweiten weisen auf eine Steigerung der nervösen Er-



regbarkeit, die ebenfalls erst jetzt, im Anschluß an die etwa einstündige Arbeit der oben mitgeteilten Untersuchungen, zu Tage getreten ist.

Der Übersicht halber besprechen wir gleich hier die Kurve T. 1 c. Sie ist am 24. X. 04. als Schluß einer psychophysischen Untersuchung aufgenommen worden und zeichnet sich durch stärkere Hebungen und Senkungen der unteren Kurve aus, die in ihrer Regelmäßigkeit wohl als Ausdruck von Atembewegungen aufzufassen sind. sowie durch außergewöhnlich heftige Schreckbewegungen. Obwohl nun die — hier nicht mitgeteilte — Kurve, welche am Beginn derselben Untersuchung niedergeschrieben worden ist. hinsichtlich des Umfanges ihrer Ausschläge hinter 1 c zurücksteht, so ist sie dieser doch qualitativ gleich, so daß die Kurven eine noch stärkere motorische Reizbarkeit zum Ausdruck bringen, als sich am 8. X. nachweisen ließ.



Patellarreflexe 1.

Von den mitgeteilten Patellarreflex - Kurven zeigt 1 a (am 6. Oktober aufgenommen) den Typus psychomotorischer Hemmung. Nach steilem Anstieg findet ein allmählicher Abfall statt, der nicht, wie es normaler Weise geschieht, zuerst unter das Niveau der Ruhestellung reicht, sondern direkt in diese übergeht. Psychologisch haben wir es hier vielleicht mit einer durch den Reiz ausgelösten Willensanspannung zu tun, welche eine nur langsame Entspannung erfährt.

1 b entspricht in Anstieg und Ablauf der normalen Kurve, trägt aber im ganzen den Charakter mässig starker Hemmung. Zwischen 1 b und 1 c liegt die Untersuchung vom 24. Oktober. Kurve 1 c ist der Ausdruck des gesteigerten Kniephaenomens. Dem Ablaufe des letzteren folgen noch eine Reihe psychomotorisch bedingter Schwankungen.

Wir sehen also auch hier im Anschluß an eine Arbeit eine leichter von statten gehende Auslösbarkeit motorischer Vorgänge.

Am 24. Oktober wurde dieselbe Untersuchung wie am 8. wiederholt, möglichst unter Beibehaltung der gleichen Reize:

1. Kurvenaufnahmen.

2. Befragung über die früheren Untersuchungen. Die Antworten, die T. auf die diesbezüglichen Fragen gab, lauteten dahin, daß er sich weder eines früheren Aufenthaltes in dem Zimmer, in dem die Untersuchungen stattfanden, entsinne, noch auch der einzelnen Vorgänge (Ranschburgsche Prüfung u. d. a.).

3. Merkfähigkeit nach Ranschburg.

Dasselbe Verfahren und dieselben Wortpaare, wie am 7. und 8. 10. Wiederum das gleiche Resultat:

I. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{0,5}{3}$. — II. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{1}{3}$. — III. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{1}{3}$. —

und wieder dieselben Falschreaktionen, wie früher schon. Die auffallendste ist die letzte „Kamm-Fuder"; es wird hier eine merkwürdige Assoziation festgehalten, trotz der jedesmal durch Vorsprechen erfolgten Korrektur. (s. Tafel).

4. Reproduktion der Geschichten vom 7. und 8. 10, deren jede zuerst wieder vorgelesen wurde. Bei der darauffolgenden Wiedergabe wurde die frühere Fragestellung möglichst beibehalten:

I. Geschichte. 1. Erzählen Sie usw. . . . . (schweigt). — 2. Was stand in der Geschichte? „Vom Meer". — 2a. Was wurde vom Meer erzählt? (schweigt, auch nach Wiederholung der Frage.) 3. Was kamen für Menschen in der Geschichte vor? (nach vielfacher Wiederholung der Frage) = „Vater." — 3a. Was war mit dem Vater? (schweigt). — (Wiederholung und Erläuterung der Frage:) „Ich weiß nicht."

II. Geschichte (vom 7. 10). Wiedergabe einer einzigen elementaren Tatsache des Inhaltes.

III. Geschichte (Zeitungsnotiz vom 7. und 8. 10). Fragestellung genau wie damals: 1. Was habe ich Ihnen vorgelesen? „Einem Bäckerburschen ist ein Wagen gestohlen worden." — 1a. Weiter, (schweigt.) — 2. Was war in dem Wagen? „Brot." — 3. Das hatte jemand gesehen, wer? „Der Bäcker" (nein). — 4. Hat der Bäcker sich das gefallen lassen? „Nein." — 4a. Sondern hat was gemacht? „Er hat ihn wiedergeholt." — 5. Wie hat er es gemacht, daß er ihn wieder erhielt? „Er hat ihn gekannt. —

Es ist demnach diesmal an Stelle der früheren falschen Angaben eine richtigere getreten (Nr. 2). Bei 3 und 4a folgten wieder die falschen Antworten, wie vorher.

5. Diktat, 99 Wörter.

27 Fehler, davon 26 Wortauslassungen. Das Maß für den zeitlichen Ablauf betrug 8,5" zu 1 Silbe. Das ganze Produkt war nicht so geringwertig, wie früher; der logische Zusammenhang war durch die ganze Niederschrift hin einigermaßen gewahrt.

6. Kurvenaufnahmen des Tremors und der Patellarreflexe. Über erstere ist bereits berichtet worden. 1c stellt einen Abschnitt der letzten Aufnahme dar.

Diese Resultate glichen im wesentlichen den am 3., 4., 7. und 8. X. vorgenommenen.

Die Beobachtung des gesamten Verhaltens, welches T. zeigte, hatte, wie oben schon mitgeteilt den Eindruck der Hemmung

| Gruppen Nr. | Vorgesprochenes Wortpaar | 7. X. 1904 $5^{10}$ N. | 7. X. 1904 $5^{30}$ N. | 8. X. 04 | 24. X. 04 | 4. III. 05 | 5. III. 05[1] a | 5. III. 05[2] b | 25. III. 05 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. 1. | Mönch — Kloster | — =0 | „Mutter“ (c)=0,5 | „Mönch-Kind“=0,5 | „Kind“ = 05 | = 1 | — = 0 | „Kind“ (c)=0 | =1 |
| 2. | Kind — Mutter | — =1 | „Vater“ (c)= 0 | — = 0 | „Vater“ = 0 | = 1 | — = 0 | =1 | =0 |
| 3. | Ton — Stimme | — =0 | — = 0 | — = 0 | — = 0 | = 1 | — = 0 | =1 | =1 |
| | $\frac{r}{s}$ = | $\frac{1}{3}$ | $\frac{0,5}{3}$ | $\frac{0,5}{3}$ | $\frac{0,5}{3}$ | $\frac{3}{3}$ | $\frac{0}{3}$ | $\frac{2}{3}$ | $\frac{2}{3}$ |
| II. 1. | Gras — Wiese | 1 | „Acker“ (c) = 0 | 1 | 1 | 1 | — 0 | =1 | =1 |
| 2. | Feld — Ernte | „Acker“ (c) 0 | — = 0 | „Acker“ = 0 | „Acker“ 0 | 1 | — 0 | „Acker“ (c) =0 | =0 |
| 3. | Ritt — Sattel | — 0 | „Pferd“ (c) = 0 | — 0 | 0 | 1 | „Pferd“ (c) 0 | =1 | =1 |
| | $\frac{r}{s}$ | $\frac{1}{3}$ | $\frac{0}{3}$ | $\frac{1}{3}$ | $\frac{1}{3}$ | $\frac{3}{3}$ | $\frac{0}{3}$ | $\frac{2}{3}$ | $\frac{2}{3}$ |
| III. 1. | Maus — Ratte | =1 | =1 | = 1 | = 1 | = 1 | „Katze“ (c) =0 | =1 | — =0 |
| 2. | Flut — Ebbe | „Meer“ (c) =0 | „Meer“ =0 | „Meer“ (c) = 0 | „Meer“ = 0 | = 1 | =0 | „Meer“ (c) 0 | =0 |
| 3. | Kamm — Bürste | ‚Fuder‘ (c)=0 | ‚Fuder‘ =0 | ‚Fuder‘ (c) = 0 | ‚Fuder‘ = 0 | = 1 | ‚Fuder‘ (c) =0 | =1 | ‚Fuder‘ =0 |
| | $\frac{r}{s}$ | $\frac{1}{3}$ | $\frac{1}{3}$ | $\frac{1}{3}$ | $\frac{1}{3}$ | $\frac{3}{3}$ | $\frac{0}{3}$ | $\frac{2}{3}$ | $\frac{0}{3}$ |

[1] Ohne vorheriges Vorsprechen.

[2] Nach wieder erfolgtem Vorsprechen.

erweckt. Auch hatte es geschienen, als bestehe eine unscharfe Auffassnng der äußeren Verhältnisse. Die psychologischen Untersuchungen nnn haben die Hemmnng auch in den elementaren Gebieten des psycho-physiologischen Organismns nachgewiesen und dabei hochgradige Störungen der Apperzeption und der Merkfähigkeit zutage treten lassen. Sie haben ferner gezeigt, daß eine starke Steigernng der nervösen Erregharkeit hestand, die zn manchen Zeiten latent war, wahrscheinlich überdeckt von Willensspannungen (Patellarkurve a). Die Erregharkeit wurde anfangs nur manifest dnrch mäßig starke Arheitsleistnngen, später trat sie anch ohne derartige erkennhare Reize hervor.

Der weitere Verlauf der Krankheit war nun kurz folgender:

Als T. mit zunehmender körperlicher Erholnng die anfangs eingehaltene Bettruhe aufgehen konnte, hielt er sich von den übrigen Kranken fern und snchte sich an ahgelegene Stellen, z. B. hinter die Tür, zurückzuziehen. Mitunter wnrden plötzlich Äußerungen von Mißtrauen laut. Seine Art sich im Betriebe der Abteilung zu bewegen glich mehr einem Hindämmern, als einer aktiven Teilnahme.

Im Dezember 1904 änderte sich sein Verhalten sichtlich, indem an Stelle des gleichmäßigen stupor-ähnlichen Zustandes Schwanknngen zwischen euphorischen und depressiven Erregungen auftraten. Mitunter wurden schwächliche paranoische Züge beobachtet:

So änßerte er, die Pfleger liefen ihm immer nach, es sei doch zwischen ihm nnd seiner Fran alles in Ordnnng; wenn er nur „einmal die Gesichter nicht mehr sähe". In unznsammenhängender Weise wnrden Klagen laut, wie folgende: es käme ihm vor, als wäre dort etwas (im Kopfe); er habe das Gefühl, als bekäme er im Liegen Schwindelanfälle, er sei „tourenweise ganz weg", „es fühle sich so an", wobei er die Gegend links von der Pfeilnaht bezeichnete. Manchmal fand heftiges impulsives Weinen statt, dann wieder Lachen ohne ersichtlichen Grund. Er nahm dement erscheinende Handlnngen vor: stand nachts auf nnd begab sich an das Bett eines Kranken, nm ihm die Hand zn geben; bei irgend welchen belanglosen Handlungen sah er sich verstohlen nm, als fürchte er, gesehen zu werden. Ging von Ecke zu Ecke, stellte sich häufig vor den Spiegel und bließ die Backen auf. Eine Zeit lang unterhielt er sich in schen-flüsterndem Tone mit einem anderen Kranken, beobachtete, ob jemand in seine Nähe kam, und verstummte sofort, wenn dies geschah.

So erinnerte er in vieler Hinsicht an das Bild der paranoischen Form des primären Schwachsinnes. Zieht man nun in Betracht, daß vorher schon experimentell die Apperzeptionsstörung zu erkennen gewesen ist, so gewinnt, unbeschadet des Überwiegens von Demenzerscheinungen, diese Entwickelung der Krankheit nach der paranoischen Seite besonderes Interesse für die Auffassnng, welche in der Apperzeptionsstörnng das Primärsymptom der Paranoia erhlickt[1]).

[1]) Berze, Das Primärsymptom der Paranoia, Halle 1903, Carl Marhold.

Auch bei der neurologischen Untersuchung trat, wie wir nachher sehen werden, ein Moment auf, welches auf Schädigungen der Apperzeption hinwies.

T. sprach nun manchmal den Wunsch aus, nach Hause zurückzukehren, der in den letzten Wochen seines Aufenthaltes dringender wurde. Äußerungen heiterer und depressiver Stimmungen wechselten auch jetzt. Mitunter kam es vor, daß er sich spontan an leichten häuslichen Arbeiten auf der Station beteiligte. Die letzte Zeit vor seiner Entlassung pflegte er über sein Befinden anzugeben, er fühle sich freier im Kopfe, verspüre jedoch immer noch „tourenweise“ ein Drücken daselbst.

Bei der Entlassung beantwortete er die Frage, wie es ihm gehe, mit „gut“. Was für Beschwerden? „Kopfbeschwerden“. Welcher Art? „drücken“ (zeigt auf die Scheitelgegend). Immer? „tourenweise“. Noch andere Beschwerden? (zeigt auf Leber- und Magengegend). Was dort? „so müde“. Appetit? „arg gut nicht“. Auch in diesen Angaben lag etwas Dissoziiertes. Auch die oben mitgeteilten Hilfeleistungen beim Aufräumen der Station machten eher den Eindruck des Automatenhaften, als vollwertiger, bewußter Handlungen.

Erwähnt sei noch, daß das Körpergewicht vom 30. IX. 04 bis 1. III. 05 von 53,5 auf 61,0 kg stieg und dann, bis zum 25. III. 05, mit Schwankungen auf 59,5 kg zurückging.

Im neurologischen Befunde hatten sich folgende Änderungen vollzogen.

Die Patellarreflexe waren etwa von Mitte Oktober an als lebhaft, später (15. II.) als gesteigert kenntlich geworden.

Die taktile Sensibilität erfuhr weitere Störungen, indem im Gegensatz zu den Aufnahmebefunden, Berührungen mit dem Haarpinsel an Brust und oberen Extremitäten nicht, an den übrigen Körperteilen dagegen prompt angegeben wurden. Die Schmerzempfindlichkeit zeigte das gleiche Verhalten. Sehr bemerkenswert war folgendes, eine Zeitlang beobachtetes Phänomen: legte man die als anästhetisch befundene Hand flach auf die, den Angaben gemäß ebenfalls anästhetische Brustfläche und strich man nahe an der Hand mit dem Pinsel auf der Brust entlang, so bewegte sich die Hand ein wenig, in ausweichendem Sinne, von dem Pinselstriche fort. Die Berührung war offenbar perzipiert worden, ohne zur Apperzeption zu gelangen. Später wurden bei sonst prompten Angaben feine Berührungen nicht angegeben (am 15. II.): auf der Brust, dem halben rechten Unterarm und der linken Hand; bei der Entlassung (25. III.): am Rumpfe vom Nabel bis zum Jugulum und seitlich bis etwa zu den Axillarlinien, an den Händen und dem rechten Arme. Die Gelenksensibilität wies keine groben Störungen auf. Ataxieen waren nicht nachweisbar. Bei der Prüfung derselben traten wieder Mängel der Auffassung hervor, indem T. die Aufforderungen, bestimmte

Bewegungen auszuführen, oft falsch zu verstehen schien. Die Patellarreflexe waren gesteigert. Es bestand Tremor der Finger. Starkes vasomotorisches Nachröten. Sprache und Schriftzüge wiesen keine paralytischen Störungen auf. An deu Pupillen waren nie krankhafte Erscheinungen beobachtet worden.

Aus den psychologischen Untersuchungen der letzten Wochen seien folgende Daten mitgeteilt:

4. III. 1. Befragung über frühere Untersuchungen:

1. Waren sie schon in diesem Zimmer? „Kann ich so genau nicht sagen." — 2. Ist diese Untersuchung (Kurve I) schon mit Ihnen gemacht worden? „Kann sein." — 3. Waren Sie schon in dem Zimmer (psychoph. Laborator.) „Ja." — 4. Was ist da alles gemacht worden? „Geschrieben." — 5. Noch etwas? „Ich meine geschrieben." —

2. Merkfähigkeit nach Ranschburg, dieselben Wortpaare, in Gruppen zu 3, wie am 24. X. Resultat bei Gruppe I $\frac{r}{s} = \frac{3}{3}$, II $= \frac{3}{3}$. III $= \frac{3}{3}$.

Die Prüfung wurde nun mit umfangreicheren Gruppen fortgesetzt: IV $\frac{r}{s} = \frac{4}{6}$. — V. $= \frac{4}{6}$. — VI. $= \frac{4}{6}$. — VII. $= \frac{7}{9}$. —

Der Unterschied gegen die früheren Leistungen ist ein ziemlich beträchtlicher.

3. Reproduktion vorgelesener Geschichten (dieselben wie früher):

Habe ich Ihnen früher etwas vorgelesen, das Sie nacherzählen mußten? „Kann sein." — Wissen sie noch etwas davon? „Nein." —

Nach Vorlesung der ersten Geschichte:

Was steht in der Geschichte? „Auf einer Insel wohnte einsam . . ." weiter: ein Mädchen . . ." — und? „wartete auf den Bruder, ob er bald käme." — Was wurde weiter: „Er ist aber nicht gekommen." — Wie weiter? „Sie hatte vergebens gewartet auf ihn." — Kam etwas von einem Licht vor? „Licht hat vergebens gebrannt." — Warum brannte es nicht? „Bruder ist nicht gekommen." —

2. Zeitungsnotiz vorgelesen, dann Fragestellung möglichst wie früher: 1. Was habe ich vorgelesen? „Bäckerbursch' wurde Wagen mit 400 Brötchen gestohlen." — 2. Was war in dem Wagen? „400 Brötchen." — 3. Hatte ihn jemand gesehen? „Schutzleute." — 4. Hatten die den Dieb nicht festgehalten? „Doch." — 5. Was geschah noch? „Der Bäckerbursche hat ihn wiederbekommen." — 6. Wie kam es, daß er ihn wiedererhielt? „Es habens Leute gesehen, wie er gestohlen wurde." — 7. Hat man den Dieb erwischt? „Ja."

Diese Ergebnisse sind etwas bessere wie früher, besonders was die Merkfähigkeit anbetrifft. Immerhin war die Zahl der aus der vorgelesenen Geschichte reproduzierten Tatsachen nur sehr gering und wurde fast ohne logische Verknüpfung gegeben.

Am 5. III. wurde die gestrige Merkfähigkeitsprüfung wiederholt, zunächst an Gruppe I—III ohne daß die Wortpaare wieder vorgesprochen wurden. Das Resultat war durchweg $\frac{r}{s} = 0$. Auffallender-

weise trat jetzt auch wieder die alte Assoziation „Kamm-Fuder“ hervor. Die darauf vorgenommene Prüfung nach jedesmaligem Vor- und Nachsprechen der Wortpaare einer jeden Gruppe ergab:

Gruppe I $\frac{r}{s} = \frac{2}{3}$. — Gruppe II $\frac{r}{s} = \frac{2}{3}$. — Gruppe III $\frac{r}{s} = \frac{2}{3}$. —
Gruppe IV $\frac{r}{s} = \frac{3}{6}$. — Gruppe V $\frac{r}{s} = \frac{3}{6}$. — Gruppe VI $\frac{r}{s} = \frac{3}{6}$. —
Gruppe VII $\frac{r}{s} = \frac{3}{9}$. —

Also ein Resultat, das zwar noch besser als früher, aber wieder schlechter als gestern war.

Bemerkt muß werden, daß vor der gestrigen Untersuchung die Frage der Entlassung erörtert wurde. Später wurde der Rat erteilt, daß T. noch 14 Tage in der Klinik bleiben sollte, ein Umstand, der ihn zu deprimieren schien.

9. III. Diktat von 200 Wörtern. Maß des zeitlichen Ablaufes 6,3″ zu einer Silbe im Durchschnitt; im einzelnen starke Schwankungen, von 4″ bis 15″. Fehlerzahl der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses 51 (25,5 %). Gesamtprodukt: in mehreren Partien Zerstörungen des Sinnes.

Überblicken wir kurz den Gang der langen Beobachtungszeit, so sehen wir, daß im Anfange starke Hemmungen in der nervösen und Willenssphäre und schwere Störungen der Apperzeption bestanden haben. Bald darauf waren nervöse Reizerscheinungen und im psychischen Verhalten neben der Hemmung Zustände von Erregung zu beobachten. Die Apperzeptionsstörung drückte sich auch im allgemein-psychologischen Verhalten aus. Letzteres wies später einige Züge auf, welche Spuren einer Besserung zu enthalten schienen. Gegen Ende des Aufenthaltes in der Klinik wurde eine bemerkenswerte Schwankung in den Resultaten der Prüfung des Wortgedächtnisses beobachtet, welcher eine Causa externa zugrunde zu liegen schien. Auch jetzt noch bestand schwere psychische Hemmung, die als Apperzeptionsstörung zutage trat. Paralytische Symptome waren nicht aufgetreten. Eine umfangreiche Sensibilitätsstörung zeigte funktionelle Schwankungen. Neurologischer wie psychologischer Befund wiesen somit auf tiefgreifende Schäden in der Willenssphäre, deren Schwere auch im Verhalten der intellektuellen Funktionen zum Ausdruck kam und die Prognose als ungünstig zu bezeichnen nötigte.

Die fast nach Jahresfrist eingeholte Katamnese hat bis jetzt diese prognostische Auffassung durchaus bestätigt.

**II. R. J.** 1872 geboren. 15. XI. bis 29. XI. 1904 in der Klinik. Unfall am 22. VI. 04.: Eine Stahlplatte von ca. 40 Zentner Gewicht rutschte von ihrem Stutzständer herunter, dem J. auf den rechten Oberschenkel und während er zu Falle kam, auf den Unterleib.

Annähernd eine Stunde lang soll er bewußtlos gewesen sein; wurde dann 13 Wochen lang im Krankenhause behandelt, lag zwei Wochen in einem Beckengipsverband. Versuche, nach der Entlassung zu arbeiten, mußte er wegen Schmerzen in der Magengrube aufgeben.

Klagen bei der Aufnahme in die Klinik: Schmerzen in der Magengegend, beim Liegen erträglich, bei Bewegungen heftiger. Ferner Schmerzen, die vom rechten Sitzhöcker aus nach dem Knie zu schießen, besonders beim Sitzen auf einer harten Unterlage. Zeitweise beim Gehen Schmerzen im Kreuz. Mitunter Kopfschmerzen in der Stirngegend. Außerdem oft mangelhafter Schlaf, allgemeine Reizbarkeit, Wut bei geringen Anlässen.

Erbliche Belastung war nicht nachzuweisen. Am rechten Arme befanden sich mehrere alte, fest verheilte Narben, die teils von Schnittverletzungen, teils von früher erlittenen Quetschungen herrührten. J. hatte anläßlich dieser keine Entschädigungsansprüche erhoben. Alkoholgenuß wurde verneint; J. gab an, seit 5 Jahren abstinent zu sein.

Körperlicher Befund: chirurgisch war an der rechten Hüfte und dem Tub. ischii nichts Krankhaftes nachzuweisen. Dagegen wurde in der Linea alba oberhalb des Nabels eine erbsengroße Hernia epigastrica gefunden, welche die in bezug auf die Magengegend geäußerten Beschwerden hinreichend hätte erklären können.

Aus dem neurologischen Befunde war hervorzuheben: normales Verhalten der Pupillen. Starke Steigerung der Patellarreflexe, starker Patellarklonus rechts. Fußklonus rechts gering. Starker Tremor der Zunge. Sehr heftige Zitterbewegungen der Unterarme, rechts etwas mehr als links, teils als Rotationen, teils als Stoßbewegungen auffallend. Während der Untersuchung in Rückenlage wurden auch die Bauchdecken von lebhaftem Zittern befallen, das sich bald auf das rechte, dann das linke Bein und in geringem Grade auf die Arme erstreckte. Schnelles intensives Nachröten bei Bestreichen der Haut. Sensibilitätsstörungen waren nicht vorhanden.

Aus dem ganzen Befunde spricht somit eine außerordentlich hohe Steigerung der nervösen Erregbarkeit.

Auch im psychischen Verhalten trat abnorm starke Erregbarkeit zutage. Sie drückte sich in hochgradiger Unruhe der Gesichtsmuskulatur aus, schnell eintretender Tränensekretion und einer überaus lebhaften Reaktion auf die Tatsache des Aufenthaltes im Krankenhause. So betonte er z. B., er würde sich jeder ärztlichen Untersuchung gern unterziehen, nur möchte er nicht allzulange hier bleiben, nicht länger als vier bis sechs Wochen, auch hebt er öfter mit Nachdruck hervor, daß zwar seine Nerven schwach seien, sein Verstand sich aber völlig in Ordnung befinde. Diese Erregung steigerte sich am 17. 11., indem J. plötzlich erklärte, er wisse nun, was es für eine Bewandtnis mit

seinem Leiden habe, seine Schmerzen seien Einbildung; jetzt, da er das wisse, habe er den Glauben, daß Christus ihm helfen werde, er sei ein gläubiger Christ. „Sie, meine Herren, werden das vielleicht nicht so verstehen.“ — Bei diesen Darlegungen war starker Tremor der Hand und Wogen der Gesichtsmuskulatur zu beobachten. Abends gab er an, er wisse manchmal nicht recht, was er tue.

Am Tage darauf schrieb er einen Brief, in dem folgender Passus vorkam:

„Da mir mein Zustand durch Gottes Gnade ist klar geworden, so will ich zuerst Abbitte tun für mein gestriges Benehmen Ihnen gegenüber. — Ich hatte gestern meinen Stock mitgenommen in den Schlafsaal und der Pfleger fragte danach; ich glaubte aber fest, ich hätte ihn in Stube II gelassen. Der Pfleger überzeugte mich davon, daß ich im Irrtum war, hierdurch wurde ich überzeugt, daß mein Verstand zerrüttet sei. Ich sagte mir nun, wenn das wahr ist, dann hat Dr. C. recht, wenn er sagt, die Schmerzen sind Einbildung, und versuchte heute morgen ohne den Stock zu gehen, was auch gut geht, nur in der Brust habe ich noch Schmerzen.“

In der Tat ging J. fortan ohne Stock im Garten spazieren. Einigemal erschien er stärker beunruhigt durch Sorgen um die Zukunft. Als er die Überzeugung gewonnen hatte, daß für seine Versorgung Schritte getan werden würden, ließ die Erregung sichtlich nach. Sein Verhalten wurde freier, zuversichtlicher, die Klagen nahmen wesentlich an Umfang ab und schränkten sich schließlich auf Beschwerden über Schmerzen in der Magengegend ein. Der Tremor der Hände war wesentlich geringer als anfangs. (Kurve 2 b c, R. J., Anfang!)

Es schien mithin, daß eine starke Autosuggestion stattgefunden hätte, die J. befähigte, einen Teil seiner Beschwerden und selbst körperliche Äußerungen seines Leidens zu bewältigen.

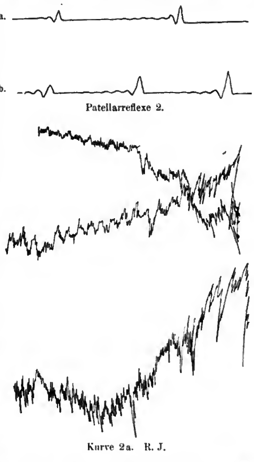
Daß in der Tat die nervöse Erreglichkeit immer noch stark gesteigert war, zeigte der Umstand, daß dann, wenn man Bewegungen an ihm vornahm, ein starkes Wogen und Zittern im Körper zu verspüren war. Der Tremor der Hände schien, wenn man ihn eine Weile betrachtete, stärker zu werden.

Die psychophysische Untersuchung ergab folgendes Bild:

1. Die Patellarreflexe, welche bei der gewöhnlichen Prüfung den Eindruck der Steigerung zu erwecken pflegten, erfuhren zunächst jedesmal eine von Reiz zu Reiz stark zunehmende Hemmung (vergl. Kurve a der Patellarreflexe). Am Tage nach dieser Untersuchung zeigten sie auch objektiv das Bild starker Steigerung, welches als solches keine Besonderheiten mehr bot und deshalb hier nicht abgedruckt wird. Die Form der Kurve b findet sich nicht selten bei psychogenen Krankheitszuständen, kommt aber auch bei Epileptoiden vor.

2. Der T r e m o r der H ä n d e war, wie gesagt, anfänglich sehr stark. Die Kurve 2a, R. J., gibt eine genaue Vorstellung von der außergewöhnlichen Frequenz und dem Umfange der Zitterbewegungen.

Kurve 2b ist einen Tag, nachdem die Autosuggestion stattgefunden und J. auf die Hilfe des stützenden Stockes beim Umhergehen spontan verzichtet hatte, aufgenommen. Trotz des immer noch lebhaften Tremors verläuft die Kurve doch weit r u h i g e r, als die erste. Kurve 2c gehört zu 2b und stellt einen etwa 30″ später liegenden Abschnitt derselben dar. Hier sehen wir den makroskopisch gewonnenen Eindruck bestätigt, daß das Zittern nach kurzer Zeit bereits wieder eine beträchtliche S t e i g e r u n g erfährt.



Patellarreflexe 2.

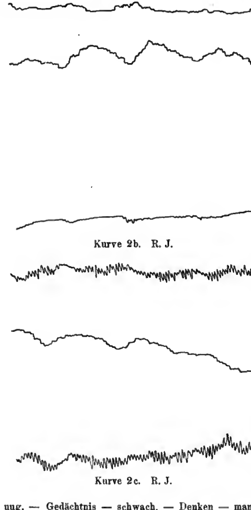
Kurve 2a. R. J.

Zwischen Kurve 2b—c und 2d liegt die im folgenden beschriebene Untersuchung; das Verfahren ist mithin das gleiche wie im Falle T.

Wir sehen, wie der Charakter der Kurve 2d, nachdem eine längere Arbeit stattgefunden hat, sich abermals ändert und nun wieder dem anfangs beobachteten Typus 2a näher kommt, ohne freilich dessen Umfang zu erreichen. Das Verhalten der Kurven 2b und 2c ist außerordentlich interessant. Sie zeigen durch den Vergleich mit 2a objektiv die Wirksamkeit des „guten Willens", des Entschlusses, den J. gefaßt hat, seiner Krankheit Herr zu werden. Sie zeigen aber auch gleichzeitig die O h n m a c h t dieses „g u t e n W i l l e n s", indem sie dartun, wie nach kurzer Zeit bereits die mühsam gewonnene Haltung zum großen Teil wieder v e r l o r e n geht und die Äußerungen der E r r e-

gung, zwar in geringerem Maße als anfangs, jedoch immer noch in beträchtlichem Umfange, hervorbrechen.

Die zwischen 2b—c und 2d gelegene Untersuchung setzte sich folgendermaßen zusammen:



Kurve 2b. R. J.

Kurve 2c. R. J.

Assoziationsprüfung. In bezug auf den zeitlichen Ablauf der Reaktionen bot diese nichts Abnormes. Während der ersten 73 Reaktionen war auch inhaltlich nichts Auffallendes zu bemerken. Bei der 74. begann dagegen eine Serie von 14 Antworten, unter denen 13 mal direkte oder doch deutlich zu erkennende Eigenbeziehungen, meist nach der Richtung der Krankheit, laut werden.

Entschluß — gefaßt (s. o.). — Verstand — bei mir schwach. — Einsicht — Aussicht habe ich bald wieder zu arbeiten. — Klugheit — Dummheit. — Absicht — zu simulieren hatte ich nicht. — Erkenntnis — ist mir gekommen. — Dummheit — besitz' ich noch genug. — Bewußtsein — das ist da. — Schlaf — ist gut jetzt bei mir. — Traum — hab' ich auch nicht mehr. — Erinnerung — hab' ich genug. — Gedächtnis — schwach. — Denken — mangelhaft.

Diese plötzliche Häufung ist um so auffallender, als vorher auf eine Anzahl Reizworte, welche viel mehr nach dieser Richtung hin lagen, ganz indifferent reagiert worden war (Krankheit — gesund. Unglück — Glück. Gesundheit — Krankheit. Kopf — Füße. Bauch — Leib. Lunge — Flügel).

Dieser Umstand erinnert uns wieder an den „Entschluß",

welchen J. gefaßt hatte, uud an den vorhin beschriebenen Verlanf der Tremorknrven. Es scheint, als wenn sich hier im Vorstellnngsleben ein Vorgang analog dem auf motorischem Gebiete schon beobachteten abgespielt hat, nämlich die Dnrchbrechung einer Autosnggestion dnrch die objektiven Krankheitsznstände.

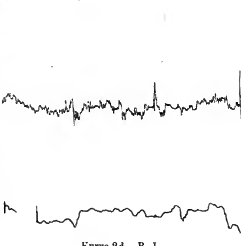
Prüfnng der Rechenfähigkeit ergab ein sehr gntes Resnltat.

Wortgedächtnis nach Rauschburg:

I. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{2}{3}$. — II. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{4}{6}$. — III. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{8,5}{9}$. — IV. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{5}{9}$. — Sa. $\frac{r}{s} = \frac{19,5}{27,0}$. — Ein Resnltat, das als leidlich gut bezeichnet werden muß, da mehr als $\frac{2}{3}$ der vorgesprochnen Wortpaare richtig ergänzt wurden.

Reprodnktion vorgelesener Geschichten. Die erste sowohl wie eine zweite mit schwierigerer Pointe wurde ohne Hilfsfragen klar nnd richtig wiedererzählt.

Die intellektuellen Funktionen erwiesen sich somit als gut entwickelt. Ein Resultat, welches den gnten Zengnissen, die J. vorwies, und dem Eindrucke, den man in der Unterhaltung mit ihm gewann, vollständig entsprach.


Kurve 2d. R. J.

18. XI. 04. Niederschrift eines Diktates von 200 Wörtern (35 Wortgrnppen). Im Beginn lag die Arbeitszeit etwas höher als normal nnd betrug durchschnittlich 3.5″ zu einer Silbe, von Gruppe 1—10. Von Gruppe 11 fand ein Anstieg statt, der bis zum Ende (Grnppe 35) berechnet, ein durchschnittliches Arbeitszeitmaß von 5″ für eine Silbe hatte. Von 1—10 war der zeitliche Ablanf gleichmäßig gewesen, von 11—35 fanden große Schwankungen von 3″ bis 7″, bis 8″ pro Silbe statt.

Obgleich, wie wir gesehen hatten, die intellektuellen Fnnktioneu keine Schädigungen anfwiesen, die Merkfähigkeit leidlich, die Auffassnng für logische Zusammenhänge sehr gut war, und obwohl die Anfordernngen

des Diktates an diese Funktionen nur sehr geringe sind, finden sich in der Niederschrift 35 Fehler der Auffassung, des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit. Es lassen sich zwei größere Gruppen erkennen, in denen hochgradige Schädigungen des ganzen logischen Zusammenhanges durch diese Fehler geschehen, die Gruppen 13—20 und 25—30 (ungefähr). Ihnen entspricht jedesmal ein Anstieg in der Arbeitsdauer.

Auch hier findet eine schnelle Verschlechterung der anfangs noch leidlich guten Arbeitsleistung statt.

Wir hatten somit beobachtet: 1. starke nervöse Reizbarkeit, 2. heftige psychomotorische Erregungen, die besonders lebhaft bei Erörterungen über die Folgen des Unfalles zum Ausdruck kamen, 3. intensives Vorherrschen von Vorstellungen, welche auf diese Folgen Bezug hatten, 4. schnelle Verschlechterung in der Verrichtung einer geringfügigen Arbeitsleistung. Außerdem war experimentell an verschiedenen Funktionen des psychophysischen Organismus nachgewiesen worden, daß die Kraft der funktionellen Störungen den subjektiv vorhandenen Willen, der krankhaften Zustände Herr zu werden, weit überwog.

Damit war für die Beantwortung der gutachtlichen Fragen hinreichend objektiv begründetes Material gesammelt.

Es seien jetzt noch einige klinisch und psychologisch bemerkenswerte Punkte erörtert. Bei der Besprechung der Assoziationsprüfung ist in unserm Falle zunächst das jähe Hervorbrechen von Krankheit- und Eigenbeziehungen als auffallend betont worden. Es verdient aber auch der Inhalt dieser Assoziationen selbst Beachtung. Sieht man in ihnen einen Ausdruck der krankhaft gesteigerten Selbstbeobachtung der „traumatisch Nervösen", so läßt sich gegen diese Auffassung zunächst nichts einwenden. Sie enthält eine Erklärung, die bis zu einem gewissen Grade ausreicht. Weiter aber muß dann darauf hingewiesen werden, daß diese Art der Eigenbeziehungen eine Eigentümlichkeit der Assoziationen von Epileptischen ist.[1])

Auf nervösem Gebiete hatten wir bei J. außergewöhnlich starke Zittererscheinungen angetroffen, zeitweilig von einem Typus, der sich bei Neurasthenikern und Hysterischen gewöhnlich nicht findet. Bei Besprechung der Patellarreflexe ferner hatten wir eine Form der Hemmung vorgefunden, die bei Psychogenen wohl vor-

[1]) Sommer, Lehrb. d. psychopathol. Untersuchungsmeth., S. 358 ff. Fuhrmann, „Analyse des Vorstellungsmaterials bei epileptischem Schwachsinn". S. Beiträge zur psychiatr. Klinik, 2. Heft, Juni 1901.

Isserlin „Assoziationsversuche bei einem forenzisch begutachteten Falle von epileptischer Geistesstörung", s. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XVIII.

kommt, aber auch nach der Richtung der Epilepsie weist. Sobald mit J. die Angelegenheiten seiner Krankheit und der Rente besprochen wurden, traten heftige nervöse Reizerscheinungen auf: Wogen der Gesichtsmuskulatur, Zittern, Tränensekretion. Allgemein psychologisch fiel ein unter seltsamen Erregungen stattfindendes Betonen des religiösen Momentes auf. Selbst die Angabe des Kranken, daß er seit fünf Jahren völlig alkoholabstinent sei, gewinnt im Zusammenhange all dieser Erscheinungen eine gewisse Bedeutung, da dieses Verhalten auf der Wahrnehmung der Alkoholintoleranz beruhen kann. Es zeigt sich also, daß hier auf den verschiedenen Gebieten, dem nervösen, dem psychomotorischen und dem rein psychologischen, Momente auftauchen, welche bald mehr, bald weniger intensiv nach der Richtung der Epilepsie weisen. Zieht man dann noch die zweifellos vorhandenen psychogenen Züge in Betracht, so wird immer wahrscheinlicher, daß bei J. eine hystero-epileptische Veranlagung besteht, welche den Boden für die Entwicklung der traumatischen Neurose abgegeben hat.

III. A. S., 1861 geboren, Fabrikarbeiter. 13. I.—24. I. 1903 in der Klinik. Im Jahre 1896 Unfall: ein herabfallendes großes Holzstück traf ihn am Kopfe und schleuderte ihn so beiseite, daß er mit der rechten Kopfseite gegen einen eisernen Träger fiel. Angeblich war er damals für kurze Zeit bewußtlos geworden, dann selbst heimgegangen und am Tage darauf in ärztliche Behandlung gekommen. Er wurde dann in mehreren Krankenhäusern behandelt. Schließlich kehrte er nach Hause zurück und beschäftigte sich mit leichteren Arbeiten. Seine Beschwerden bei der ersten Aufnahme in die Klinik — Oktober 1897 — bestanden in Druck mitten durch den Kopf, Nackenschmerzen und übergroßer Empfindlichkeit gegen Geräusche.

Bei der Begutachtung vom Jahre 1897, sowie später, wurde eine eigentümliche Art der Hemmung als das am meisten hervortretende Krankheitssymptom konstatiert.

Die Aufnahme im vorigen Jahre erfolgte auf Veranlassung des Reichsversicherungsamtes zur Entscheidung der Frage, ob der Vorwurf der Simulation, der gegen S. sehr energisch erhoben worden war, gerechtfertigt wäre.

Wir lassen an dieser Stelle das von Professor Sommer abgegebene Gutachten folgen, das die wesentlichen Momente des objektiven Befundes wiedergibt.

Gutachten.

Adam S. aus T. wurde, nachdem er schon früher hier in den Jahren 1897, 1899 und 1902 begutachtet worden war, auf Antrag des Reichsversicherungsamtes erneut vom 13. bis 24. Januar 1905 in der

psychiatrischen Klinik in Gießen untersucht. Ich stelle über die Vorgeschichte folgendes fest.

Während S. infolge der früheren Feststellungen 50 % Rente bezog, wurde diese nach einem Gutachten des Herrn Dr. K. in J. vom 18. Januar 1904 auf 20 % reduziert. Hiergegen erhob er Einspruch, der von dem Schiedsgericht am 30. Juui 1904 abgewiesen wurde, worauf Berufung an das Reichsversicherungsamt erfolgte.

Es ergibt sich bei dieser Sachlage zunächst die Frage, welche Gründe ärztlicherseits dafür maßgebend gewesen sind, um die Kürzung der Rente zu empfehlen. Das ärztliche Gutachten enthält die Behauptung von Simulation sowie eine Angabe über S.'s Arbeitsfähigkeit. die mir sehr wesentlich erschien. „er habe bei der Arbeit schwerbeladene Kippkarren vor sich hergeschoben". Das Reichsversicherungsamt hat nun zunächst bei dem Arbeitgeber Ermittlungen angestellt, deren Resultat nach dem Schreiben vom 27. Oktober 1904 war, daß S. nur zu Nebenarbeiten, wie Schuttanfahren usw., verwendet werden kann. „Die zum Schuttanfahren gebrauchten Kippkarren sind nicht besonders groß, so daß man von einer schweren Arbeit nicht reden kann. In der Fabrik selbst kann ich pp. S. nicht einstellen. Sein Arbeitsverdienst beträgt pro Woche 13,26 M. und bemerke ich, daß S. eigentlich nicht so viel verdient."

Hieraus ließ sich eine erhöhte Arbeitsfähigkeit nicht erkennen. Im Hinblick hierauf schien mir die weitere zeugenmäßige Feststellung über S.'s Arbeitsleistung unabhängig von dem ärztlichen Befund von Bedeutung zu sein. so daß ich Zeugenvernehmungen vorschlug. Nachdem das Reichsversicherungsamt in dem Schreiben vom 21. Januar 1905 erklärt hat, daß es demselben lediglich auf die medizinische Begutachtung des Falles ankommt, insbesondere darauf, ob der Kläger, wie andererseits angenommen wird, simuliert, beschränke ich mich auf diese Fragen.

Der Befund bei den klinischen Untersuchungen lautet folgendermaßen: S., dessen Antworten man nur langsam heranziehen kann, gibt als Beschwerden an: Druck und Schmerzen im Kopf, es sei ihm nicht gut im Kopfe. Er fühle eine Halslähmung, sei lahm im Gestreck (zeigt auf die rechte Schulter). Er habe Schmerzen in der linken Schulter und der Seite. In den Beinen spüre er starke Müdigkeit.

Gewicht 82,5 kg wie bei früheren Wägungen.

Der Gang, der hier von mehreren Ärzten öfter beobachtet wurde, zeigte durchweg etwas eigentümlich Langsames, Tappendes, was schon in unseren früheren Begutachtungen hervorgehoben wurde, ohne daß grobe Lähmungen vorhanden wären, dabei zeigte sich kein Hinken oder Schwanken, sondern nur eine allgemeine Schwerfälligkeit der Bewegungen. S. geht so, wie es manchmal an-

geboren Schwachsinnige auch ohne organische Hirnkrankheit tun. Bei geschlossenen Augen stellt sich mäßiges Schwanken ein, das nicht zunimmt. In diesem Punkt erscheint der Befund besser als im Jahre 1902 in der Klinik. Keinesfalls tritt jedoch dabei ein Simulationsversuch hervor. Die ausgespreizten Finger zeigen geringe ataktische Bewegungen. Im Gesicht treten manchmal Zuckungen auf, die sich bei längerem Ausfragen steigern.

Bei leisem Streichen der Haut findet sehr schnelles lebhaftes Nachröten statt. Puls öfter auffallend langsam, öfter 50 bis 60 pro Minute. Die Kniephänomene erscheinen schwach, sind jedoch als stärkere Spannung des vorderen Oberschenkelmuskels (Quadriceps) deutlich fühlbar. Fußklonus ist nicht vorhanden. Augenbewegungen und Lichtreaktion der Pupille normal.

Muskel- und Lagegefühl ohne Störung. Feine Berührungen werden allenthalben prompt angegeben, Schmerzreize desgleichen. Warm und Kalt wird zunächt sicher unterschieden, nur an beiden Füßen werden die Angaben unsicher. Kalt wird als warm bezeichnet. Stärkere Kältereize mit Äther werden auch an den Füßen prompt angegeben.

Dieser Befund enthält nichts, was irgendwie auf Simulation verdächtig sein könnte. Derselbe stellt sich neurologisch als Besserung gegenüber dem im Jahre 1902 erhobenen dar. Bedenkt man, daß S. sich im lebhaften „Kampf um die Rente“ befindet, so erscheint der Mangel an Übertreibung gerade in diesem Moment als sehr bemerkenswert. Andererseits könnte der jetzt vorhandene neurologische Befund gegen die Annahme von Krankheit angeführt werden, während S. das weitere Bestehen von Beschwerden behauptet.

Es wurde bei dieser medizinischen Sachlage versucht, die Erscheinung genauer klarzustellen, die sich bei der Beobachtung als der eigentliche Kern seines Zustandes erweist, die eigenartige Langsamkeit und Schwerfälligkeit, die sich in allen seinen Bewegungen ausdrückt und die bei Abwesenheit grober Lähmungen als eine Abnormität im Gebiet des Willens erscheint.

Es zeigt sich bei genauerer Untersuchung seiner psychischen Funktionen eine seiner Bewegungsart ganz entsprechende langsame Reaktion auf alle an ihn herantretenden Reize und Aufgaben. Hierin sehe ich den wesentlichen Grund für die Verminderung der Leistungsfähigkeit bei S. auch nach Besserung der neurologischen Symptome.

Wir treffen diese eigentümliche Art von Hemmung bei S. auf allen untersuchten Gebieten, bei einfachen Fragen über die persönlichen Verhältnisse, Schulkenntnisse, Rechenvermögen besonders beim Schreiben nach Diktat. Um Vergleichsmaterial zu gewinnen, wurden eine ganze Zahl von Angestellten, speziell Pfleger sowie Patienten der Klinik mit der gleichen

Methode untersucht. Dabei stellt sich heraus, daß S., der in neurologischer Beziehung kein auf Simulation verdächtiges Symptom aufweist, unter elf Versuchspersonen, die zum Teil noch unter verschiedenen Umständen untersucht wurden, die schlechtesten Resultate aufweist, indem er zu der Lösung der Aufgaben die längsten Zeiten braucht. Die Durchschnittszeit zum Niederschreiben einer diktierten Silbe beträgt ca. neun Sekunden. Man hat bei diesen Versuchen den Eindruck, daß S. auf solche Aufgaben und Fragen (Reize) eine Art Widerstand zu überwinden hat, um zu einer Antwort zu gelangen.

Dabei tritt in psychischer Beziehung hervor, daß die bei gewöhnlicher Untersuchung nur manchmal beobachteten Gesichtszuckungen sich im Ablauf solcher Prüfungen deutlich steigern und zu einem Grimassieren ausarten, wie es in unserem ersten Gutachten vom 22. Dezember 1897 beschrieben worden ist. Das heißt: bei Arbeitsleistungen, die ihn zu gespannter Aufmerksamkeit zwingen, tritt ein früher beobachtetes nervöses Symptom wieder hervor.

Dazu kommt ein auffallend rasches Versagen seiner psychischen Arbeitsleistung. Diese Untersuchungen gewähren einen genaueren Einblick in die vorhandene eigentümliche Art von geistiger Hemmung, die sich in seiner Gangart ausdrückt. Das Vorstehende bietet nun nicht eine neue Feststellung, sondern die genauere Analyse einer schon in den früheren Gutachten hervorgehobenen Erscheinung.

Wenn man also auch eine Besserung einiger nervöser Symptome zugeben muß, so erscheint der Zustand in dieser wesentlichen Beziehung, die gerade für die Arbeitsleistung von Bedeutung ist, unverändert.

Ich könnte daher eine Kürzung der früher vorgeschlagenen Rente von 50 % nur empfehlen, wenn durch Zeugen eine erhöhte Arbeitsleistung bewiesen werden könnte.

Nach dem Ergebnis der medizinisch-psychologischen Untersuchung zweifle ich sehr, daß dies möglich sein wird und empfehle daher, die Rente von 50 % weiter zu gewähren.

---

Es sei noch hinzugefügt, daß bei S. die Diktatarbeit außer der großen Hemmung, welche sie im ganzen erlitt, noch große Schwankungen im zeitlichen Ablaufe der Einzelleistungen zeigte. Die niedrigste Zeit belief sich auf 6,5" pro Silbe; sie kam bei einer einzigen Wortgruppe vor; die nächst höhere war 7,0", kam dreimal vor bei je einer Wortgruppe, 8" bis 9,5" fand sich häufiger, 12" dreimal. Zum Schluß fand ein weiterer konstanter Anstieg statt, so daß für die letzten sechs Wortgruppen das zeitliche Durchschnittsmaß 10" auf eine Silbe betrug.

Die Fehlerzahl war verhältnismäßig gering; sie betrug in der Ausführung nur 4%. Dazu kommt aber, daß jede Wortreihe ein oder mehrere Male vorgesprochen werden mußte, bevor S. überhaupt zur Niederschrift schreiten konnte.

Die objektive Verschlechterung der Leistungsfähigkeit nach mäßig starker Anstrengung wird auch durch die abgebildeten Kurven, 3a und 3b A. S., dargestellt, von denen a am Anfang und b am Ende der psychophysischen Untersuchung aufgenommen worden war, die sich aus der Prüfung der Orientiertheit, der Schulkenntnisse und des Rechenvermögens, sowie aus der Niederschrift des Diktats zusammengesetzt hatte.

Kurve 3a. A. S.

R.

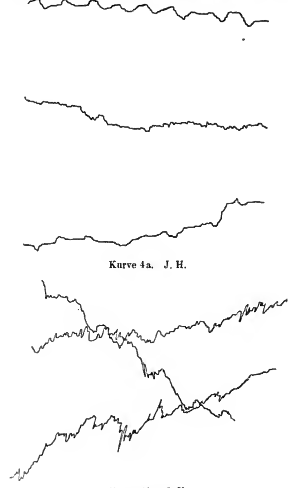
Kurve 3b. A. S.

Das Gutachten hatte die Frage der Simulation in verneinendem Sinne beantworten können, indem es die wesentliche psychische Störung, welche hier vorlag, die krankhafte Hemmung, objektiv nachwies. Außerdem hatte bereits die neurologische Untersuchung ein bemerkenswertes Fehlen von Übertreibung gezeigt bei solchen Punkten, welche sich der Simulation sehr wohl zugänglich erwiesen.

Ähnliche Gesichtspunkte ließen sich auch aus dem psychologischen Befunde anführen. So ist die Tatsache zu beachten, daß S. bei der Niederschrift des Diktates gerade wieder die hochgradige Hemmung zeigte, während die Fehlerzahl nur gering ist. Ebenso erstaunlich wäre das Verhalten des Tremors, dessen Kurve erst nach der Arbeit eine ungewöhnliche Unruhe aufwies.

Die Vermutung, daß S. simuliere, war von andrer Seite noch da-

hin ausgeführt, daß er in den verschiednen Kliniken, in denen er sich befunden, die nötigen Studien gemacht habe. Die Untersuchung mit Niederschreiben eines Diktates und die Anwendung objektiver Tremoraufnahmen als psychophysischer Meßmethoden war jetzt zum ersten Male bei ihm in Anwendung gekommen und er hatte



Kurve 4a. J. H.

Kurve 4b. J. H.

prompt im Sinne der auch sonst schon an ihm beobachteten Krankheitserscheinungen reagiert.

Diese und noch mehr Erwägungen würde man im vorliegenden Falle gegen den Verdacht der Simulation anführen können, wenn es nicht genügte, die Krankheitszustände selbst nachzuweisen.

**IV. J. H.**, geb. 1885; in der Klinik vom 26. VI. bis 9. IX. 1905. Unfall: Schlag von der Druckstange einer Obstpresse gegen die rechte Stirnseite, am 18. X. 1904. Damals keine Bewußtlosigkeit. Seitdem angeblich immer Druckschmerz im Kopfe, nach mäßigen Anstrengungen stärkere Kopfschmerzen und Schwindelgefühl.

Nach Angabe der Mutter hat er bald nach dem Unfalle schon die Meinung vertreten, es würde nie mehr besser werden mit ihm.

H. war kräftig gebaut. Neurologisch war eine allgemeine Steigerung der nervösen Erregbarkeit zu konstatieren, deren Äußerungen an Intensität wechselten.

Der Gesichtsausdruck war stets ängstlich. Die psychophysische Untersuchung zeigte:

1. auf motorischem Gebiete hochgradige Schwankungen im Anschluß an eine geringe Arbeitsleistung. Die Kurven 4a und 4b zeigen beträchtliche Unterschiede der Haltung. Zwischen beiden lag die Niederschrift eines Diktates von 200 Wörtern. Auch bei einfachen Haltungskurven (hier nicht abgebildet) zeigte die zweite, nach einem halbstündigen Spaziergange aufgenommene, einen schnelleren und unruhigeren Abfall;

2. physiognomisch eine bei Arbeiten (Diktat, Gedächtnisprüfung) schnell zunehmende hochgradige Steigerung der Corrugator- und Frontalisbewegungen;

3. bei akustisch-motorischen Reaktionen Verlängerung der Reaktionszeiten und anfänglich stärkere Streuung: in Versuchsreihe I (10 Versuche) streuen die Werte von 151—500$\sigma$. Die meisten Reaktionen („Scheitelwerte“) entfallen auf 200—300$\sigma$. In der II. Reihe sind die Streuungen geringer; die Scheitelwerte liegen höher = 251 bis 350$\sigma$. Das arithmetische Mittel betrug bei I 290$\sigma$, bei II 295$\sigma$.

Mäßig starke Hemmung bei geringen Arbeitsleistungen, Ausdrucksbewegungen der Unlust in der mimischen Muskulatur und beträchtliche Verschlechterung elementarer motorischer Leistungen — das waren, kurz zusammengefaßt, die Resultate dieser Untersuchungen. Ihnen entsprachen die Erscheinungen, welche der Kranke im Betriebe der Abteilung bot: depressives, leicht gehemmtes Wesen, welches während der ganzen Zeit seines Aufenthaltes nur geringe, schnell vorübergehende Schwankungen zeigte. Die ganze Art, wie er seine Klagen vorbrachte, machte oft den Eindruck des Stereotypen und Dementen.

Die Schulkenntnisse waren mäßig, aber nicht außergewöhnlich schlecht. Rechenvermögen und Merkfähigkeit verhielten sich ebenso. Dagegen lieferte die Assoziationsprüfung einen auffallenden Befund:

Zu Eigenschaftswörtern wurde meist ein passender Gegenstand genannt, mitunter der gleiche mehrmals hintereinander: rauh — „Stein“, glatt — „Papier“,

fest — „Steine“, hart — „auch Steine“; oder der Gattungsbegriff wurde hinzugefügt: rot — „rote Farbe“, gelb — „gelbe Farbe“, grün — „grüne Farbe“, blau — „blaue Farbe“; oder das Eigenschaftswort wurde in einem Konditionalsatze wiederholt: schmerzhaft — „wenn jemand Schmerzen hat, hungrig — „wenn jemand Hunger hat“, durstig — „wenn jemand Durst hat“. Auf Zuruf eines Gegenstandsbegriffes erfolgte häufig die örtliche Bezeichnung, wo ein solcher Gegenstand sich befinde: Kopf — „hier“ (dieses „hier“ kehrte unter 18 aufeinanderfolgenden Reaktionen 14 mal wieder). Die Reaktionen auf abstrakte Begriffe (Affekte, Wille, Verstand u. dgl.) waren ebenso dürftig: Krankheit — „wenn jemand krank ist“, Unglück — „wenn jemand verunglückt.“ Diese Art zu antworten findet bei 24 von 42 Reizwörtern statt.

Diese außerordentliche Dürftigkeit und Einförmigkeit der Reaktionen weist auf eine hochgradige Einschränkung des Vorstellungslebens und erklärt nun auch den Eindruck des Stereotyp-Dementen, welchen wir anderweitig bei H. gewonnen hatten.

Prognostisch sind diese Erscheinungen bedenklich. und es ist nicht unwahrscheinlich. daß der Fall H. sich immer mehr im Sinne einer primären Demenz entwickeln wird. —

Auch der folgende Kranke zeigte in bezug auf seine Assoziationen ein bemerkenswertes Verhalten:

**V. Wilhelm N.**, geb. 1859, in der Klinik vom 23. II. bis 11. III. 1905. Unfall im Juni 1904: Überlastung beim Tragen einer 6,5 m langen Eisenwelle, beim Ablegen derselben von den Schultern Schmerzen in der Lendenwirbelgegend, später auch auf beiden Seiten des Unterleibes. Die bei der Aufnahme in die Klinik geäußerten Beschwerden lauteten: Gefühl, als werde die Brust zusammengezogen, „kein Schmerz, sondern ein heimliches, innerliches Gefühl, wie wenn jemand den Tag über Fruchtsäcke getragen hätte“. Schmerzen im Rücken zu beiden Seiten der Lendenwirbelsäule der Art, wie wenn man sich den ganzen Tag gebückt habe; diese Schmerzen sind konstant, bei Aufregungen werden sie heftiger. In der Hinterhauptgegend ein „heimliches Kopfweh“, „nicht eigentlich Weh, sondern Gebrumm“. Häufiger Urindrang. Häufiges Niesen. Drei und zwei Wochen vor der Aufnahme je ein Ohnmachtsanfall, Bangigkeit und eine Art Heißhungergefühl, so daß er seitdem immer etwas Brot zu sich steckt. Manchmal traurige Stimmung.

Unter diesen Beschwerden befinden sich einige, welche geeignet sind, den Verdacht auf Schädigungen des Zwerchfelles zu erwecken. Objektiv fand sich, ebenso wie bei Fall II, eine Hernia lineae albae. Im übrigen jedoch waren eine Anzahl Klagen laut geworden, welche ausgesprochen hypochondrischen Charakter tragen.

Im neurologischen Befunde fiel auf: Steigerung der Patellarreflexe, an beiden Füßen kurzer Dorsalklonus, starker Tremor der Finger. Ferner waren die Augenbindehäute stets injiziert, das Gesicht war im Beginne der Untersuchung stark gerötet, später ließ die Rötung nach.

Die psychologische Untersuchung zeigte, daß die Merkfähigkeit und die Auffassung für logische Komplexe gut entwickelt war.

In der Assoziationsprüfung fiel zunächst eine fortlaufende Reihe eigentümlich pessimistisch-hypochondrischer Reaktionen auf: Kopf — „Schaf". Hand — „Krüppel". Fuß — „zerbrochen". Gehen — „schwach". Lunge — „Entzündung". Magen — „Katarrh". Tisch — „zerbrechlich". Stuhl — „schräg". Spiegel — „zerbrochen". Lampe — „brennt schlecht".

Nachdem dann zu dem Kranken eine Bemerkung über diese eigentümliche Beschaffenheit seiner Antworten gemacht worden war, verloren die folgenden Reaktionen sofort ihren hypochondrischen Charakter, wurden nun aber sehr dürftig und zeigten zahlreiche Wiederholungen. Es erfolgten nur noch Antworten in Eigenschaftswörtern, wie groß, schön usw. Auf 36 Objektbegriffe wurde neunmal mit „groß" geantwortet. Bei den Abstraktis wuchs diese Einförmigkeit noch. Von 42 Reizwörtern fand auf 18 die Reaktion „groß", auf 6 „gut", auf 5 „viel", auf 4 „wenig" statt.

Es scheint hier in der Tat der Ausdruck für einen Zustand hochgradiger Einschränkung auf hypochondrische Vorstellungen vorzuliegen, ein Befund, der zu den subjektiven Angaben des Kranken und seinem sonstigen Verhalten durchaus paßte.

**VI. R. S.** 1870 geb., war vom 3.—14. XI. 1904 in der Klinik. Unfall am 10. X. 1899: Stoß gegen den Unterleib durch einen ablaufenden Förderwagen (im Bergwerk). S. hatte neben anderen Beschwerden auch behauptet, durch den Unfall Bruchschäden (Leistenbrüche) davongetragen zu haben. Die Unfallakten gaben das typische Bild eines erbitterten „Kampfes um die Rente" mit zahlreichen Berufungen, kommissarischen Untersuchungen usw. Immer wieder wird betont, daß S. durchaus den Eindruck starken Übertreibens erwecke.

S. gab bei der Aufnahme in die Klinik als Folgen seines Unfalles an: Müdigkeit, Schmerzen auf der rechten Seite des Unterleibes an der Stelle der Verletzung beim Bücken, besonders heftige Beschwerden beim Urinlassen; „das Wasser schmerzt", er könne nicht gleichzeitig Stuhl und Urin entleeren. Bei Druck auf die linke Seite des Kreuzbeines bekomme er Schmerzen daselbst, ebenso bei Anstrengung und Witterungswechsel.

S. wog bei einer Größe von 172 cm 65 kg. Die Haut war gelblich gefärbt, schlaff. Die A. radialis fühlte sich hart an, desgl. die Aa. temporales, die hervortraten und stark geschlängelt waren. Der Stuhlgang war träge und sehr fest. — Die Patellarreflexe waren gesteigert, bei ihrer Auslösung fanden Mitbewegungen statt, welche psychomotorischen Ursprunges waren. Andeutung von Fußklonus.

Dieser Befund ließ bereits deutlich einen Krankheitszustand er-

kennen, der sich im wesentlichen als Arteriosklerose (im Alter von 34 Jahren) und als Steigerung der nervösen Erregbarkeit darstellte.

Psychologisch erinnerte S. durch die in den Akten enthaltene Vorgeschichte vielfach an den paranoischen Querulanten. Dazu würde ein hier beobachteter Zug passen, welcher darin bestand, daß S. alle seine Aussagen über persönliche Verhältnisse äußerst unklar gab. mit einer gewissen Vorsicht und unter allerlei Einschränkungen. wie „das kann man sagen“ u. dgl. Außerdem trat die Neigung zu Pseudologien hervor. Eine kleine Hautnarbe auf dem Unterleibe sollte von einem „faustgroßen“ Schwäre herrühren; nach einigen Einwänden reduzierte er seine Angabe auf „hühnereigroß“. Daß solcherlei Äußerungen geeignet waren, den Vorwurf der Simulation wach zu rufen oder zu verstärken, ist klar. Auch folgender Vorfall ist bemerkenswert: auf die Frage, ob Bruchanlage in der Familie bestehe, erwiderte er: „Ich weiß nicht.“ Auf weiteres Befragen und mit Hinweis auf eine amtliche Mitteilung, nach der die Mutter und ein Bruder einen Leistenbruch haben, antwortete er: „Ein Bruder hat natürlich einen richtigen Bruch!“ Den Widerspruch in seinen Angaben begründete er damit, daß er ja nur gefragt worden sei, ob Bruch a n l a g e in der Familie bestehe.

Die objektive Untersuchung ergab nun weiter:

Die S c h u l k e n n t n i s s e waren mäßig, aber nicht besonders schlecht. Das R e c h e n v e r m ö g e n erwies sich als g u t entwickelt. Von 44 Kopfrechenaufgaben aus den vier Spezies beantwortete er nur drei falsch, von denen er zwei noch korrigierte. Die Antworten erfolgten p r o m p t, manchmal selbst bei schwereren Aufgaben auffallend schnell. Es ist somit ersichtlich, daß ein angeborener Intelligenzdefekt hier nicht vorliegt. Auch ist beachtenswert, daß jeglicher Versuch zu simulieren hierbei unterblieben war.

Die Prüfung des W o r t g e d ä c h t n i s s e s ergab bereits ein schlechteres Resultat I. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{1}{3}$ — II. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{1}{3}$ — III. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{2}{3}$ — IV. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{2}{3}$ — V. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{2}{3}$ — VI. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{2}{3}$ -- VII. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{3}{6}$. Fünfzehn Minuten später wurden dieselben Wortpaare nochmals. ohne vorherige Wiederholung, abgefragt, wobei in Summa nur zwei Ergänzungen weniger stattfanden, als beim ersten Male: gerade dieses Verhalten könnte gegen die Annahme sprechen, das S. bei dieser Untersuchung zu simulieren gesucht habe.

Der Versuch, v o r g e l e s e n e G e s c h i c h t e n wiedererzählen zu lassen, förderte äußerst dürftige Produkte zutage. Es wurden einige wenige Elemente wiedergegeben. während der logische Zusammenhang fast gänzlich verloren gegangen war. Dabei wurden einige schwächliche Versuche selbständiger assoziativer Rekonstruktion unternommen.

Ein Diktat von 100 Wörtern wurde mit vier logisch indifferenten Auslassungen niedergeschrieben. Das Maß für den zeitlichen Ablauf betrug im Durchschnitt 5,5" ohne große Schwankungen.

Dieser Befund enthielt an sich keine ausgeprägt pathologischen Erscheinungen; jedoch fiel bei der Niederschrift gegen das Ende hin eine zunehmende Häufung starker Unlustäußerungen auf.

Sehr wichtige Erscheinungen zeigten sich bei der Assoziationsprüfung, deren Inhalt in toto wiedergegeben werden mag. Die sonst übliche Reihenfolge hatte aus unwesentlichen Gründen eine kleine Änderung erfahren, indem die Partie „hell", „dunkel" bis „schön, häßlich" an den Schluß statt an den Anfang gesetzt wurde.

Assoziationsversuch.

I. Licht und Farben: 1. hell — ist das Wetter, manchmal das Wasser; 2. dunkel — wenn die Wolken vor der Sonne sind, am Tage oder des Abends; 3. weiß — der Schnee; 4. schwarz — die Tinte; 5. rot — das Blut; 6. gelb — ist Farbe; 7. grün — auch Farbe; 8. blau — auch Farbe.

II. Ausdehnung und Form: 1. breit — die Straße; 2. hoch — Baum; 3. tief — Wasser; 4. dick — Baum ist manchmal dick . . . ist ja auch Baum 5. dünn — Papier; 6. rund — Kugel; 7. eckig — Schrank; 8. spitz — Feder.

III. Bewegung: 1. ruhig na — (zehn Sekunden); 2. langsam na, ich weiß im Augenblick nicht; 3. schnell — der Zug fährt schnell.

IV. Tastsinn: 1. rauh — die Witterung ist rauh; 2. glatt — im Winter ist glatt; 3. fest — Eisen ist hart; 4. hart — Eisen ist hart; 5. weich — Federn sind weich.

V. Temperatur: 1. kalt — Wasser ist kalt; 2. lau — Wasser ist lau; 3. warm — Wasser ist warm; 4. heiß — Wasser ist heiß.

VI. Gehör: 1. leise — geht man so; 2. laut — spricht man; 3. kreischend — lärmend.

VII. Geruch: 1. duftig — die Rose duftet; 2. stinkend — das Aas stinkt; 3. modrig — ist auch das Aas.

VIII. Geschmack: 1. süß — Zucker ist süß; 2. sauer — Essig ist sauer; 3. bitter — Zichorie ist bitter; 4. salzig — Salz.

IX. Schmerz- und Gemeingefühl: 1. schmerzhaft — eine Wunde; 2. kitzlich — an den Füßen; 3. hungrig — sind die Menschen; 4. durstig — auch die Menschen; 5. ekelerregend — auch die Menschen.

X. Ästhetische Gefühle: 1. schön — auch Menschen; 2. häßlich — auch Menschen.

XI. 1. Kopf — Teil am Menschen; 2. Hand — Teil des Körpers; 3. Fuß — Teil des Körpers; 4. Gehirn — Teil des Menschen; 5. Lunge — auch ein Teil; 6. Magen — Hauptteil vom Menschen.

XII. 1. Spiegel — sieht man, wenn man sich die Haare macht; 2. Lampe — ieht man von; 3. Sofa — legt man sich drein; 4. Bett — schläft man drin.

XIII. 1. Treppe — geht man rauf; 2. Zimmer — wohnt man drin; 3. Haus — wohnt man drin; 4. Palast — wohnen Fürsten drin; 5. Stadt — Stadt ist größer wie ein Dorf; 6. Straße — weiß ich gar nichts, geht man drin.

XIV. 1. Berg — verarbeitet man; 2. Fluß — badet man sich drin; 3. Tal — ist kalt; 4. Meer — ist groß; 5. Sterne — funkeln; 6. Sonne — brennt.

XV. 1. Wurzel — Bäume fest; 2. Blatt — Baum; 3. Stengel — am Flegel, womit drescht (5 Sek.); 4. Blume — wächst im Garten; 5. Knospe — an den Bäumen; 6. Blüte — in den Blumen.

XVI. 1. Spinne — machen die . . . Kabatze; 2. Schmetterling — bunt; 3. Adler — groß; 4. Schaf — weiß; 5. Löwe — Raubtier; 6. Mensch — nu hatt' ich's grade gepackt . . . der Mensch ist Ebenbild Gottes.

XVII. 1. Mann — ist männliches Geschlecht; 2. Frau — weibliches Geschlecht; 3. Mädchen — Jungfrau; 4. Knabe — Jüngling; 5. Kinder — Kinder sind Kinder; 6. Enkel — Enkel sind Enkel.

XVIII. 1. Bauer — ist ein Mann; 2. Bürger — auch ein Mann; 3. Soldat — ein Junge, ein Jüngling; 4. Pfarrer — Pastor; 5. Arzt — Doktor; 6. König — Fürst.

XIX. 1. Krankheit — haben die Menschen; 2. Unglück — auf der Grube; 3. Verbrechen — vor die Strafkammer; 4. Not — lehrt beten; 5. Verfolgung — tun die Menschen; 6. Elend — kommt von Gott.

XX. 1. Glück — auch von Gott; 2. Belohnung — auch von Gott; 3. Wohltat — von den Menschen; 4. Gesundheit — kommt von Gott; 5. Friede — von Gott; 6. Reichtum — auch von Gott, auch von oben.

XXI. 1. Ach! — nicht Gutes; 2. Oh! — auch nichts Gutes; 3. Pfui! — was Schlechtes; 4. Ha! — was Besonderes; 5. Halloh! — Skandal; 6. Au! — tut weh.

XXII. 1. Zorn — was soll ich sagen, wenn der Mensch sich ärgert, wird er zornig; 2. Liebe — ist 'ne Tugend; 3. Haß — ist etwas Böses; 4. Begeisterung — weiß ich augenblicklich nit . . .; 5. Furcht — vor Gott; 6. Freude — wenn etwas Gutes geschehen ist.

XXIII. 1. Trieb — wenn der Mensch was macht, aus eigenem Trieb . . . 2. Wille — wenn jemand gehorcht seinen Vorgesetzten; 3. Befehl — wenn man befolgt, was ein Vorgesetzter sagt, z. B. wenn der Doktor so und so sagt; 4. Wunsch — wenn man was wünscht; — 5. Tätigkeit — wenn man in Arbeit ist; 6. Entschluß — wenn ich etwas vornehme und vollführe es dann.

XXIV. 1. Verstand — haben die Menschen; 2. Einsicht — auch die Menschen; 3. Klugheit — auch die Menschen; 4. Absicht — die Menschen; 5. Erkenntnis — auch die Menschen; 6. Dummheit — sind auch Menschen.

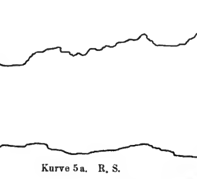
XXV. 1. Bewußtsein — sind auch Menschen; 2. Schlaf — haben auch Menschen; 3. Traum — haben auch Menschen; 4. Erinnerung — haben auch Menschen; 5. Gedächtnis — haben auch Menschen; 6. Denken — tun auch Menschen.

XXVI. 1. Gesetz — kann der König oder der Kaiser geben . . . ja . . .; 2. Ordnung — haben die Menschen; 3. Sitte — auch die Menschen; 4. Recht — haben die Menschen; 5. Gericht — auch bei den Menschen; 6. Staat — ist so . . . das Königreich Preußen.

Die häufig wiederkehrende Erscheinung der ein- oder mehrmaligen Wiederholung eines gefundenen Begriffes erinnert an die Assoziationen des Falles IV und mehr noch des Falles V, mit dem S. noch die Bildung langer Reihen von Reaktionswörtern gemeinsam hat. In intellektueller Hinsicht stellen diese Phänomene eine Einschränkung des Vorstellungsinhaltes dar, deren hoher Grad auf beträchtliche Schädigung der Intelligenz überhaupt hinweisen.

Dazu würde das Verhalten bei der Reproduktion vorgelesener Geschichten und das Ergebnis der Merkfähigkeitsprüfung durchaus passen. Auch die allgemein psychologische Beobachtung hat Momente geliefert, welche zu der Erwägung nötigten, ob hier ein gewisser Grad von Demenz vorliege; so erinnerte z. B. die einer Aussage häufig beigefügte Bekräf-

tigung: „so kann man sagen“, „das kann man so ausdrücken“ u. dgl., nicht selten an die Ausdrucksweise primär Schwachsinniger. Der einheitliche Zusammenschluß aller dieser Erscheinungen nötigt mithin zu der Annahme, daß bei S. Intelligenzstörungen vorliegen.



Kurve 5a. R. S.

Damit ist jedoch der Krankheitszustand noch nicht erschöpfend charakterisiert.

Wie oben mitgeteilt, traten bei der Niederschrift des Diktates Äußerungen heftigen Unlustgefühles zutage. Auch sonst waren solche häufig wahrzunehmen. S. klagte, daß seine Stimmung immer schlechter würde und drang immer intensiver darauf, daß er nach Hause, zu seinem Vater, entlassen würde. Die Nahrungsaufnahme wurde schlechter, so daß das Körpergewicht, nach einem anfänglichen Anstiege, in der letzten Woche 3 kg zurückging.





Kurve 5b. R. S.

Zu diesen Erscheinungen, welche auf krankhafte Störungen in der Willenssphäre weisen gesellen sich bemerkenswerte Vorgänge auf motorischem Gebiete: die Tremorkurven 5a bis 5c R. S. stellen die Zitterbewegungen der rechten Hand, während einer Zeit von 60" dar. Im Anfange bei 5a sind keine nennenswerten Niveauschwankungen und fast keine Tremorerscheinungen wahrzunehmen. Nach etwa 30", mit 5b, beginnen starke Hebungen und Senkungen

im Verlauf des Gesamtniveaus, sowie die Oszillationen eines ziemlich freqnenten Tremors. Die Kurve bietet ein ähnliches Bild wie 2b und c R. J.

Wir betrachten nach Feststellung dieses Befundes nochmals das Resultat der Assoziationsprüfung. Wenn wir dieses lediglich als Ausdrnck des Intelligenzzustandes auffassen müßteu, dann wäre kaum etwas andres denkbar, als daß der Kranke sich in einem Zustande hochgradiger Verblödung befände. Das aber ist entschieden nicht der Fall. Da nnn anch bei der Assoziationsprüfung Ausdrucksbewegungen der Unlust stattfanden und, wie wir gesehen hatten, Unlustäußerungen bei S. überhaupt eine wesentliche Form seiner Lebensäußerungen darstellen, so wird uns die Annahme näher gerückt, daß bei dem Zustandekommen der großen Einförmigkeit der Assoziationen die Anwesenheit starker Unlustgefühle mitgewirkt hat. Es sei dabei erinnert an die von Wundt[1]) betonte Tatsache, daß die Vorstellungen „nicht unveränderliche Objekte sind, sondern veränderliche Prozesse". Haben wir in nnserm Falle einerseits die Intelligenzstörung konstatiert und andrerseits die Willensstörung, so sahen wir nunmehr jene in Abhängigkeit von dieser treten nnd die Willensstörung, als habituellen Affektzustand der Unlust, das Krankheitsbild beherrschen.

Kurve 5c. R. S.

Die ziemlich stark ausgesprochene Arteriosklerose bei dem 34jährigen Manne kann vorerst nur als Tatsache vermerkt werden.

**VII. H. X.**, geboren 1880. In der Klinik vom 20. I. bis 2. II. 1905. Unfall: angeblich habe er sich im Frühjahr 1902 im Walzwerk verhoben nnd bei bestehender Brucbanlage auf jeder Seite einen Bruch bekommen. Aus den Akten geht hervor, daß er im Mai 1905 wegen

[1]) Phys. Psych. IV. Aufl. Bd. II S. 467.

doppelseitigen Leistenbruches operiert worden ist. Seit der Operation Schmerzen in der linken Narbe, die sich steigerten. Im Herbst 1902 bestanden Parästhesien in den Oberschenkeln, leichte Erregbarkeit und Steigerung der Patellarreflexe. H. klagte, daß das linke Bein morgens zeitweilig „wie gelähmt" sei, so daß er im Bett liegen bleiben müsse. Chirurgischerseits wurde im Herbst 1904 normaler Befund an den Operationsnarben konstatiert. Die Beschwerden wurden für übertrieben erachtet.

Bei der Aufnahme gab er auf die Befragung nach früheren Krankheiten an, daß er im Alter von 16 bis 17 Jahren zweimal Zucken im ganzen Körper, Blutandrang und Summen im Kopfe gehabt habe, rückwärts gefallen und für 3—4 Stunden besinnungslos geworden sei. Die Angehörigen sollen ihm berichtet haben, daß er damals außerdem noch häufiger kurze, schnell verlaufene Zuckungen gehabt habe, ohne jedoch das Bewußtsein verloren zu haben.

Eine Zeitlang habe er wegen dieses Leidens Pulver eingenommen. Jetzt begegne es ihm noch manchmal, daß beim Bücken ein eigentümliches Summen im Kopfe entstehe und ihm schwarz vor den Augen werde. Seit 1903 arbeite er auf einer Strickmaschine. Die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wechsele; auch werde er jetzt schneller als früher matt in den Armen und im ganzen Körper. Seine Beschwerden lauteten hauptsächlich auf Schmerzen, die vom Kreuz nach den Armen zögen. Beim Aufstehen oft Müdigkeit, als habe er gar nicht geschlafen, er habe dann Mühe, die Beine aus dem Bette zu heben. Zunahme der Beschwerden bei Witterungswechsel und oft auch dann, wenn er am Tage zuvor eine längere Strecke, etwa 1 Std., gegangen sei. Ungleichmäßigkeit in der Fähigkeit zu arbeiten.

Aus dem körperlichen Befunde ist hervorzuheben: Patellarreflexe nicht gesteigert. Kein Fußklonus. Sehr lebhafter Fußsohlenreflex. Die Klopfreflexe an den Armen lebhaft. Starke Steigerung der vasomotorischen Erregbarkeit. Kein Tremor der Finger. Keine Sensibilitätsstörungen.

Die Pulsfrequenz betrug 60 bis 64 in 1'.

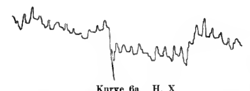
Hervorzuheben sind noch morphologische Eigentümlichkeiten am Schädel. Er fiel zunächst auf durch seine Größe. Eine Asymmetrie zugunsten der rechten Stirnhälfte war deutlich, jedoch nicht besonders stark. Etwa in der Gegend des vorderen Endes der Pfeilnaht befand sich eine frontale sattelförmige Einbuchtung. Die Ossa temporalia waren ein wenig nach außen gebogen. Das Os occipitale trat sehr stark hervor.

Es belief sich der Umfang auf 610 mm. — Der Sagittalbogen auf 350 mm. — Der Bitemporalbogen auf 345 mm. — Der Sagittaldurchmesser auf 210 mm. — Der Bitemporaldurchmesser auf 160 mm. —

Die starke Hervorwölbung des Os occipitale und der große Umfang des Schädels weist darauf hin, daß in der Entwicklungsperiode ein starker intrakranieller Druck bestanden hat. Ferner ist aus der Hervorwölbung des Occiputt und der Ossa temporalia mit großer Wahrscheinlichkeit zu entnehmen, daß eine Verknöcherung der Coronarnaht stattgefunden hat, als deren Ausdruck vielleicht auch die sattelförmige Einbuchtung anzusehen ist.

Mit ziemlicher Sicherheit kann aus dieser Beschaffenheit des Schädels auf eine frühere hydrokephalische Erkrankung des Gehirns geschlossen werden, die von vornherein den Verdacht auf angeborne oder in den ersten Lebensjahren erworbene Schwäche des Nervensystems rechtfertigen würde. Damit gewinnen auch die Angaben des X. über frühere motorische Reizerscheinungen eine objektive Grundlage.

R



Kurve 6a. H. X.

Die Prüfungen intellektueller Funktionen ließen keine Störungen erkennen.

Bei der Untersuchung von Ausdrucksbewegungen zeigten sich in der Haltung der Hände und Finger zunächst keine größeren Schwankungen und keine stärkeren Tremorerscheinungen. Dagegen fanden starke Schreckreaktionen statt.

Auch wurde beobachtet, daß an manchen Tagen die Schreckreaktionen und der Tremor nach einer Arbeitsleistung bedeutend stärker waren als zuvor.

Kurve 6a H. X. ist vor, 6b nach der Niederschrift eines Diktates von 500 Wörtern aufgenommen worden, die Umlaufzeit der Trommel betrug 200″. Während 6a in Haltung und Einzelbewegungen sehr ruhig verläuft und an der Stelle des akustischen Reizes einen zwar lebhaften, aber nicht übermäßig starken Ausschlag zeigt, herrscht in 6b weit größere Unruhe, besonders in der oberen und unteren Kurve. Die

letztere zeigt neben stärkeren Niveauschwankungen große isolierte Ausschläge, fast wie die Bewegung der Schreckreaktion. Auf den akustischen Reiz findet hier eine sehr heftige Reaktion statt.

Eine Untersuchung derselben Art, die eines Morgens vorgenommen wurde, nachdem X. am vorhergehenden Nachmittage in Begleitung eines Pflegers einen Spaziergang von 150′ unternommen hatte, lieferte eine Schreckreaktion, die alle anderen, auch die von Kurve 6b, an Heftigkeit übertraf.

Diesen Befunden entspricht die Beobachtung, daß X. bei der Rechenprüfung, als er eine Aufgabe falsch beantwortete, sofort in motorische Unruhe geriet und errötete. Psychologisch haben wir es demgemäß mit einem Falle von ungewöhnlich leicht und lebhaft auszulösender Ängstlichkeit zu tun, die einem bestimmten Typus in der Reihe psychogener Krankheitszustände eigentümlich ist.

R.

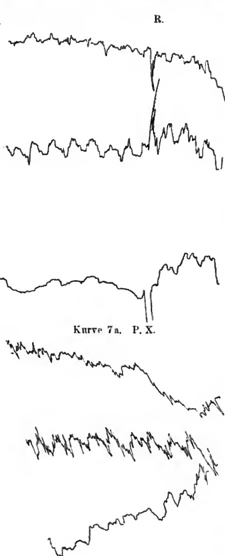
Kurve 6b. H. X.

Für die Frage der Untersuchungsmethoden ist der Fall von besonders großem Interesse, da er neurologisch nur sehr wenig Krankheitserscheinungen bot; vor allem waren die Patellarreflexe nicht gesteigert, es bestand kein Fußklonus und kein Tremor der Finger. Auch die psychologische Untersuchung im engeren Sinne ließ nichts Auffallendes wahrnehmen. Es bedurfte erst spezifischer Reize, um die Eigentümlichkeiten der psychisch-nervösen Schwäche, welche hier vorlag, herauszustellen.

Dieses Moment war für die gutachtliche Beurteilung des Falles von Bedeutung, weil es die Berechtigung der Klagen des Kranken über starke Schwankungen in der Arbeitsfähigkeit objektiv bestätigt hatte.

**VIII. P. X.** 1853 geboren, vom 1. V. bis 26. V. 1905 in der Klinik.

Unfall im 19. Lebensjahr: Sturz von einer Leiter nach rückwärts 5 m tief. Eine Stunde darauf Schwindel nnd Bewußtlosigkeit. Seitdem häufig Kopfschmerzen, unbeschadet deren er arbeitete. Seit April 1904 heftige anhaltende Kopfschmerzen mit Schwindelanfällen, so daß er mitunter zu Bett liegen mußte. Erbliche Belastung war nicht nachweisbar. Bis znm Unfall ist X. angeblich immer gesund gewesen. Die Schule hat er in geringem Maße besucht, da er früh schon hart arbeiten mnßte. Als Beschwerden gab er bei der Aufnahme in die Klinik an: Schmerzen auf Scheitelhöhe und im Hinterhanpt, Schwindelanfälle beim Bücken. Mit dem Kopfweh znsammen Schmerzen, die sich die Wirbelsäule entlang nach der Hüfte ziehen, Schmerzen in der rechten Schnlter. Mitunter Zitteranfälle, die den ganzen Körper ergreifen. Manchmal Pfeifen und Sausen im linken Ohr.



Kurve 7a. P. X.

Kurve 7b. P. X.

Befnnd: geringer Ernährungszustand — 59 kg bei 167 cm Körpergröße, Hant von fahler Farbe nnd schlaff. Puls hart, regelmäßig 68. A. radialis als dicker Strang fühlbar, Aa. temporales stark hervortretend.

Neurologisch: rechte Pnpille etwas weiter als die linke. Verengeruug auf Lichteinfall prompt. Beiderseits Andeutung von Hippus. Starke Steigerung der muskulären Erregbarkeit. Patellarreflexe sehr stark gesteigert. Am linken Fu ß kurzer Fußklonus auszulösen. Achilles-

sehnenreflexe gesteigert, durch Beklopfen der Achillessehnen ist Fußklonus zu erzielen, links in etwas stärkerem Maße als rechts. Tremor der Finger ist nur in geringem Maße wahrnehmbar. Keine Ataxien keine Sensibilitätsstörungen. S. = 1. Augenhintergrund normal. Otologischer Befund: sklerotische Erkrankung im Mittelohr.







Kurve 7c. P. X.

Dieser ganze Befund zeigte im Verlaufe der Beobachtung nur in bezug auf die Tremorerscheinungen Schwankungen, indem später feinschlägiger Tremor der Finger konstatiert wurde, der bei der Beobachtung zunahm. Am 9. V. war zu vermerken, daß gegen Schluß der Untersuchung mäßig starkes gleichmäßiges Zittern der Oberschenkel auftrat, an dem sich auch der Rumpf im ganzen etwas beteiligte.

Diese Erscheinungen ließen die Tatsache der Krankheit deutlich erkennen. Sie zeigten eine starke Steigerung der nervösen Erregbarkeit. Eine lokalisierbare Schädigung im Nervensystem war aus ihnen nicht abzuleiten. Dagegen schienen funktionelle Schwankungen psychogener Natur vorhanden zu sein.

Die psychophysische Untersuchung gab hier weitere Aufschlüsse: I. am 16. V. Tremorkurve (Kurve 7a P. X.). Zeitumlauf der Trommel (50 cm Umf.) 240″. Zunächst keine wesentlichen Niveauschwankungen. Die einzelnen Zitterbewegungen waren ziemlich gering. In der mittleren Kurve kamen die Atembewegungen als gleichmäßige, ruhige Hebungen und Senkungen zum Ausdruck.

Auf den üblichen akustischen Reiz dagegen fand eine sehr lebhafte Schreckreaktion statt, wie sie bei Fall VII ebenfalls zu beachten war. Von da an wurden die Kurven etwas unruhiger, die obere senkte sich, die mittlere zeigte erst eine Hebung, dann eine Niveansenkung.

Die Pulsfrequenz betrug vor wie nach der Aufnahme der Kurve 22 + 22 + 22 + 22 in 1″.

II. Prüfung des Wortgedächtnisses nach Ranschburg.

Resultat: 1. $\frac{r}{s} = \frac{1}{3}$. — 2. $\frac{r}{s} = \frac{2,5}{3}$. — 3. $\frac{r}{s} = \frac{3}{3}$. — 4. $\frac{r}{s} = \frac{1}{6}$ subjektive Angabe: „bin so ängstlich". — Puls: 31. 28, 26, 27. = **112** in 1′. — 5. $\frac{r}{s} = \frac{3}{3}$. — 6. $\frac{r}{s} = \frac{3}{6}$. — Puls: 28 + 26 + 25 + 25 = 104 in 1′. — 7. $\frac{r}{s} = \frac{1}{6}$.

Die Merkfähigkeit erwies sich demgemäß als schlecht und zeigte geringfügige Schwankungen. Mit dem schlechten Resultat bei 4 ging eine subjektive Äußerung ängstlicher Erregung einher. Objektiv war der physiognomische Ausdruck der Angst zu bemerken, der schnelle Austieg der Pulsfrequenz und das Verhalten des Tremors, der unmittelbar nach Abfragung der Gruppe 4 aufgenommen wurde und durch Kurve 7b P. X. dargestellt ist. Der Unterschied gegenüber der Kurve 7a ist sehr deutlich.

III. Rechenvermögen war in Anbetracht der geringen Schulbildung leidlich gut, von ca. 39 Aufgaben wurden ohne vorherige Fehlantworten 31 richtig beantwortet, von 8 falschen Lösungen wurden 5 korrigiert.

IV. Reproduktion einer vorgelesenen Geschichte („Das Licht der treuen Schwester," s. v.):

„Vater und Mutter, das habe ich behalten und Bruder und Schwester, das hab ich auch behalten." (Weiter!) „Könnt nicht viel erzählen." (Nur ganz kurz, was war der Inhalt?) „Vater und Mutter, Bruder und Schwester, sie gingen hinaus miteinander .... ich wüßt nix mehr, Herr Doktor."

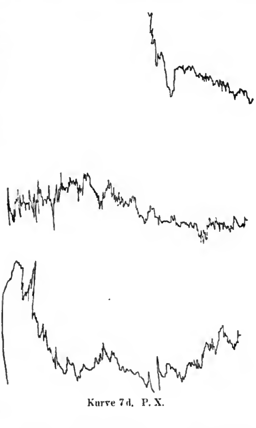
Dieselbe Geschichte wurde sofort nochmals vorgelesen, um von dem Kranken gleich darauf wiedererzählt zu werden. Die Wiedergabe lautete jetzt folgendermaßen:

„Vater und Mutter gingen hinaus und .... in die Wüste und hörte den Bruder schrecklich weinen und dann zog er fort in die Wüste .... und dann kam die Schwester zurück und sagte zu ihrem Bruder, was ist denn geschehen?... Ja, ich kann nichts mehr, Herr Doktor, ich weiß nichts mehr." (Kam etwas vor vom Meer?) „Ja." (Was?) „Das Schiff war untergegangen." (War davon die Rede, daß jemand gestorben ist?) „Ja." (Wer?) „Der Vater ...." (Was war dann mit den anderen?) „Sohn und Schwester, die war, glaube ich, fortgezogen." (Wie heißt die Überschrift?) „Das weiß ich nicht mehr."

Danach wurde abermals eine Kurve aufgenommen 7c, die ruhiger als b, aber immer noch bewegter als a ist.

V. Motorische Übungen. Zwei Hanteln von je 3 kg Gewicht wurden mit seitwärts gestreckten Armen gehalten. Die Arme senkten sich allmählich. Nach 30″ wurden sie passiv wieder zur Horizontalen erhoben und noch 20″ gehalten. Die nun gewonnene Kurve (7d, P. X.) unterschied sich wieder ganz wesentlich von 7a durch starke Niveauschwankungen und frequente, groß- und kleinschlägige Zittererscheinungen.

Bei einem Versuche vom 18. V. 05 wurde die Ranschburgische Wortpaarprüfung als Reiz angewendet und methodisch an die Abfragung einzelner Gruppen die Aufnahme von Zitterkurven geschlossen. Das Resultat war ähnlich dem eben mitgeteilten; die auffallendste Erscheinung war die, daß sich sofort nach dem ersten Reiz (der Abfragung der ersten Gruppe) der Typus der Kurve vollständig änderte, indem an Stelle ruhiger, regelmäßiger Bewegungen von der Art der Kurve 7a kleine unregelmäßige, oberflächliche Oszillationen traten, zu denen sich später noch starke Verschiebungen im Gesamtniveau gesellten.



Kurve 7d. P. X.

Aus diesen Untersuchungen ergibt sich als eine wesentliche Krankheitserscheinung bei P. X. die Tatsache hochgradiger, ängstlicher Erregbarkeit. Sie ist durch äußere Ursachen verschiedner Art ausgelöst worden und zutage getreten: in der Schreckreaktion der Kurve 7a, in der subjektiven Angabe (gelegentlich der ersten Merkfähigkeitsprüfung) und in den objektiven Bestätigungen, welche diese Angabe durch das Verhalten des Pulses und des Tremors unmittelbar erfuhr.

Damit gewinnt auch hier wieder eine anamnestische Angabe, die Klage über zeitweilig auftretende „Zitteranfälle“, eine gewisse Bedeutung: nachdem sich nämlich objektiv hat feststellen lassen, ein wie sensibles Reagens die Tremorerscheinungen im psychophysiologischen Organismus unseres Falles darstellen, wie außerordentlich leicht ferner bei P. X. Angstzustände und mit ihnen motorische Reizerscheinungen ausgelöst werden können, wäre sehr wohl denkbar, daß die von ihm behaupteten Zitteranfälle eine psychogene motorische Reaktion auf ängstliche Vorstellungen sind.

Für die Auffassung der psychogenen Natur der Krankheit spricht auch die Reproduktion der vorgelesnen Geschichte; indem sie lauter Punkte konfabuliert, welche im Texte nicht enthalten sind, wirkt sie wie eine hysterische Pseudologie. Die Dürftigkeit des Inhaltes und der logischen Verknüpfung weist dabei auf eine Schwächung der Intelligenz.

Dieses Moment, das sich auch in der Schädigung des Gedächtnisses und der logischen Auffassung ausspricht, läßt die Prognose als schlecht erscheinen.

---

Damit schließen wir an dieser Stelle die Wiedergabe ausführlicher Krankengeschichten, die aus einem umfangreicheren Materiale im wesentlichen nach dem Gesichtspunkte ausgewählt worden sind, in engem Rahmen einerseits verschiedene Typen zu bringen und andererseits ähnliche Resultate einzelner Untersuchungsmethoden nebeneinander zu stellen. Bei manchen, wie I und IV, sprach noch die lange Dauer der Beobachtungszeit mit, die eine unmittelbare Kontrolle der methodisch gewonnenen Ergebnisse ermöglichte.

In bezug auf die Technik der Untersuchung sollten die hier angeführen Beispiele dartun, wie bei den traumatischen Neurosen die Gesamtheit der psychopathologischen Untersuchungsmethoden in Anwendung kommen muß, um uns davor zu bewahren, unsere Diagnose in letzter Linie auf den persönlichen Eindruck stützen zu müssen. Es gibt, wie am Schlusse des ersten Teiles dieser Arbeit schon betont worden ist, kein diagnostisches Spezifikum für die Unfallnervenkrankheiten, sondern es ist bald dieses, bald jenes Instrument des psychopathologischen Untersuchungsapparates, oft auch der kombinierte Gebrauch mehrerer vonnöten, um im einzelnen Falle objektive Krankheitsmomente einwandfrei herausstellen zu können. Indem wir uns dabei nach Möglichkeit des Verfahrens der experimentellen Psychologie bedienen, gelingt es vielfach, da ja jene Krankheitsmomente identisch mit den Ursachen der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit sind, von dem Umfange dieser eine präzisere Maßvorstellung zu erhalten. Es

bedarf kaum der Erwähnung, daß in dieser Auffassung auch diejenigen Untersuchungen Bedeutung gewinnen, die gerade das Fehlen von Krankheitserscheinungen auf wichtigen psychischen Gebieten angeben; als Beispiele seien die Fälle herangezogen, bei denen die Prüfung der Rechenfähigkeit und Schulkenntnisse keine schweren Ausfälle ergab und damit zeigte, daß nicht angeborene Intelligenzdefekte vorlagen. Die Erhebung eines sorgfältigen Nervenstatus ist dabei nach wie vor eine durchaus notwendige Forderung, die nicht nur wegen der Feststellung oder Ausschließung einer organischen Erkrankung, sondern auch in Hinsicht auf die Erforschung der traumatischen Neurosen gestellt werden muß. Neurologischer und psychophysischer Befund gehen bekanntlich vielfach ineinander über, was ja fast an jeder unsrer Krankengeschichten zu sehen ist. Und zwar ist es nicht nur aus Gründen der klinischen Vollständigkeit notwendig, den Nervenstatus gleichsam als selbständige Untersuchungsform beizubehalten, sondern auch deshalb, weil die ihm zugehörigen Erscheinungen nicht selten ein Verhalten zeigen, welches den psychischen Äußerungen analog ist. Gerade in denjenigen Fällen, in denen bei langer Beobachtungszeit Veränderungen wahrzunehmen waren, konnten wir feststellen, daß diese auf beiden Gebieten einander entsprechend vor sich gingen.

Wir erinnern an Fall T. (I), der anfangs auf psychischem wie neurologischem Gebiete Hemmungen darbot und bei dem nach Ablauf der ersten Wochen sowohl psychische wie nervöse Erregungen an Stelle jener traten.

Diese nicht selten zu beobachtende Tatsache der übereinstimmenden Resultate scheint uns ein höchst bemerkenswertes Phänomen. — Eine dritte Gruppe von Beobachtungen reiht sich den beiden ersten noch an. Das sind diejenigen, deren Gegenstand das allgemeine Verhalten des Kranken ist, die auffallenden Züge, die er im Gespräch und im Verkehr mit den übrigen Patienten zeigt, kurz die Äußerungen, welche er nicht als Reaktion auf einen bestimmten, im Sinne des Experimentes gesetzten Reiz, sondern spontan darbietet. Auch dieses Verhalten ist, wie schließlich alle Lebensäußerungen, als Reaktion aufzufassen, etwa auf die Umgebung, die Tatsache des Aufenthaltes in der Klinik u. dgl. Doch die Zahl der Faktoren, aus denen sich Reiz sowohl wie Reaktion zusammensetzt, ist hier zu groß, als daß man sie einer exakten Messung unterwerfen könnte. An Stelle der objektiven Registrierung tritt die subjektive Auffassung, jener „persönliche Eindruck“, dessen diagnostischer Wert allein gerade bei der traumatischen Neurose oft so gering ist.

Die allgemeine Beobachtung nun kann große Bedeutung durch den Vergleich ihrer Resultate mit denen der psychologischen gewinnen, indem sie zeigt, wie krankhafte Zustände, welche durch die letztere in den elementareren psychischen Funktionen nachgewiesen werden, den zahlreichen und starken Reizen des Lebens gegenüber reagieren.

Diejenigen Fälle, in denen ungezwungen die allgemeine, die neurologische und die experimentelle Beobachtung zu *übereinstimmenden Resultaten* führen, werden besonders günstiges Material für die Erforschung des Mechanismus der traumatischen Neurose darstellen.

Wir erörtern jetzt noch einige *spezielle* klinisch-psychologische Momente, auf welche uns unsere Untersuchungen hingewiesen haben.

In den hier abgebildeten *Tremorkurven* begegnen wir überall einer auffallenden Veränderung der Art ihres Verlaufes, welche teils innerhalb *einer* Aufnahme sich vollzieht, teils in Anschluß an eine intelluektuelle oder motorische Arbeitsleistung auftritt. Diese Veränderungen bestehen in Schwankungen des Gesamtniveaus und in einer Zunahme der einzelnen Zitterbewegungen. Manche Kurven weisen beide Erscheinungen auf, manche nur die zuletzt genannte.

Die starken Niveauschwankungen bedeuten ein Verlassen der anfangs angegebenen Haltung, in welche die Hand eingestellt war; meistens vollziehen sie sich in der unteren (der Druck-)Kurve im Sinne eines Anstieges der Kurve, der einem Absinken der Hand entspricht.

Die Häufung von Zitterbewegungen ist der Ausdruck zunehmender psychisch-nervöser Erregung.

Beide Erscheinungen sind a priori verschiedenen Deutungen zugänglich.

Das schnelle Absinken des Niveaus kann der Ausdruck von *Ermüdung* sein. Dieselbe Ursache kann dem isolierten Auftreten von Zitterbewegungen zugrunde liegen, vor allem, wenn der Ermüdung eine bewußte Willensanspannung entgegenzuarbeiten sucht, die dann in der Wahrung des Gesamtniveaus der Kurve Ausdruck finden würde.

Neben der *Ermüdung* ist noch eine andere Möglichkeit für die Erklärung der hier in Frage kommenden Bewegungserscheinungen heranzuziehen: nämlich die Anwesenheit von *Unlustgefühlen jeglicher Art*. Diese Möglichkeit gründet sich auf die Beobachtung, daß körperliche Arbeitsleistungen, als welche auch das Verharren der Hand und der Finger in ausgestreckter gerader Haltung angesehen werden muß, bei vorhandenem Unlustgefühle Verschlechterungen erfahren.

Wenn wir daher zu einer bestimmten Auffassung über die Natur dieser Vorgänge gelangen wollen, so müssen wir in jedem einzelnen Falle untersuchen, wie weit auch sonst im Befunde solche Symptome vorhanden sind, welche den oben angeführten Erklärungsmöglichkeiten wesensgleich sind.

Als Beispiel sei aus unsern Krankengeschichten nur kurz der Fall J. H. IV (Kurve 4a und 4b) angeführt. Dieser pflegte bei seinen Angaben hervorzuheben, daß er bei der Arbeit starke Kopfschmerzen bekäme. Habituell zeigte er Äußerungen der Unlust, die bei experimentellen Arbeiten (kurze Merkfähigkeitsprüfung und Diktat von

200 Wörtern) heftige Steigerung erfuhren. Die Kurven 4a und 4b, welche unmittelbar vor und sofort nach dieser Arbeit aufgenommen worden waren, zeigen die leicht zu erkennenden, sehr beträchtlichen Unterschiede. Zieht man nun in Betracht, wie konstant und intensiv auch sonst bei H. allenthalben die Unlustäußerungen zutage treten und wie gering die wirkliche Ermüdungsvalenz der geleisteten Arbeit ist, so wird man sicherer gehen, wenn man die Bewegungsänderungen der Kurve 4b, da auch an sich kein Grund vorhanden ist, sie auf Ermüdungsvorgänge zu beziehen, als Ausdruck vorhandener Unlustgefühle ansieht. Welcher Art diese seien, kann mit Sicherheit natürlich nicht gesagt werden; jedoch wäre in Anbetracht der übrigen bei J. H. beobachteten Krankheitsmomente denkbar, daß die Tatsache der Arbeit selbst psychogen Kopfschmerzen auslöste, welche dann den unmittelbaren Unlust erregenden Reiz abgegeben hätten. Der Fall VI R. S. (Kurve 5a und 5b) hatte uns bei Darstellung der Krankengeschichte bereits Anlaß zu ähnlichen Erwägungen gegeben. Bei P. X. VIII (Kurve 7b und 7c) war der zunehmende Tremor Ausdruck steigender ängstlicher Erregung gewesen.

Diese Erörterungen ließen sich auch noch an anderen der hier beschriebenen Fälle sowie an Beispielen aus dem übrigen Materiale der Klinik weiter ausführen. Sie sollen darauf hinweisen, daß bei der Einführung des Begriffes der Ermüdung Vorsicht geboten ist, soweit es sich um die Erklärung auffallender Verschlechterungen elementarer motorischer Leistungen handelt, und daß es vielmehr, soweit andere Ursachen ausgeschlossen werden können, geraten erscheint, den allgemeineren Begriff der Unlust heranzuziehen. Manche unserer Beobachtungen deuten sogar darauf hin, daß das unlusterregende Moment in der Tatsache der Arbeit selbst zu suchen sein kann.

Dasselbe, was hier in bezug auf die motorischen Vorgänge angeführt worden ist, gilt auch für die Verschlechterung intellektueller Leistungen. Auch sie ist nicht ohne weiteres als Ermüdungssymptom aufzufassen, sondern kann ebenfalls in Abhängigkeit von anderen Unlustgefühlen auftreten.

Es sei kurz ein Beispiel dafür angeführt:

**IX. W. E.**, 1869 geboren, vom 1.—7. November 1905 in der Klinik. Im Februar Stoß gegen den Kopf beim Einfahren in einen Schacht. Beschwerden über Kopfschmerzen, häufiges Gefühl von Müdigkeit, Depressionen. Wechsel in der Intensität der Beschwerden und in der Stimmung. Häufige vergebliche Versuche, die Arbeit wieder aufzunehmen. Am 7. November 1905 günstige Angaben über das subjektive Befinden; Prüfung des Wortgedächtnisses nach Ranschburg, Resultat:

I. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{3}{3}$. — II. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{4}{6}$. — III. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{1}{6}$. — (Wie kam es, daß Sie diesmal die Wörter vergessen hatten?) „Ich weiß nicht .... augenblicklich zieht es mir wieder im Kopfe herum.“ (Als Sie

anfingen auch?) „Nein“ (Versuchen Sie jetzt noch einmal, genau aufzupassen!) Darauf IV. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{5}{6}$. — V. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{3}{6}$. — VI. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{3}{6}$. — VII. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{5}{6}$. — VIII. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{3}{6}$. — IX. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{5}{6}$. — X. Gruppe $\frac{r}{s} = \frac{1}{6}$. —

Die Möglichkeit, daß die Herabsetzung intellektueller Funktionen in mancher Hinsicht als Ausdruck krankhafter Unlustzustände gelten kann, ist auch in anderen Krankengeschichten, besonders bei VI. R. S., schon hervorgehoben worden.

Wir gehen nun zur Besprechung eines anderen Punktes über, der sich an diese letzte Betrachtung anschließt und das Verhältnis intellektueller Leistungen zu den Willenszuständen betrifft.

Es sei an den Diktatversuch des Falles II (R. J.) erinnert. Der zeitliche Ablauf lag ziemlich hoch, indem er im Durchschnitte 5" auf 1 Silbe betrug, und bewegte sich in Schwankungen von 3,5" bis zu 8". Die Fehlerzahl betrug bei 200 Wörtern 27. Sie war also an sich bereits außergewöhnlich hoch und überraschte besonders deshalb, weil alle diejenigen intellektuellen Funktionen, die zur Niederschrift des Diktates notwendig waren: logische Auffassung, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Fähigkeit der Reproduktion bereits geprüft und in einem Maße als gut befunden worden waren, welches, wie früher schon erwähnt, weit über die Anforderungen hinausreichte, die dieses Experiment an sie stellte. Andererseits waren nicht unbeträchtliche Störungen auf motorisch-nervösem Gebiete experimentell nachgewiesen worden. Das Verhalten der Fehler bei der Niederschrift zeigte nun im Experimente, wie die an sich intakten intellektuellen Funktionen Schädigungen erleiden konnten, als sie mit den bereits geschädigten motorisch-nervösen kombiniert wurden. Die geleistete Arbeit war jetzt nicht nur minderwertig hinsichtlich ihres Ablaufes, sondern auch das endgültige Produkt war wertlos geworden, und zwar gerade durch solche Mängel, welche erst auf mittelbaren Störungen an sich intakter intellektueller Funktionen beruhten. Das ganze Phänomen bedeutet gleichsam die experimentelle Darstellung einer psychischen Koordinationsstörung und weist auch noch auf andere Gebiete der Psychopathologie hin als das der traumatischen Neurose. Insbesondere ist es für die Beurteilung mancher Demenzformen von Bedeutung, bei denen die Reaktionen der Kranken auf die Reize des Lebens unbedingt als schwachsinnig bezeichnet werden müssen, während eine Prüfung elementarer intellektueller Funktionen keine Störungen erkennen läßt. Die Aufgabe einer experimentellen Psychopathologie besteht in diesen Fällen darin, nach Prüfung der elementaren Funktionen eine methodische Synthesis der einzelnen Elemente anzustreben.

Was die traumatische Neurose anbelangt, so reihen sich dem Diktatversuche des Falles II neben anderen Erscheinungen auch die Schwankungen in den Resultaten der Merkfähigkeitsnntersuchungen an (vgl. hier besonders Fall I, Untersuch. v. 4. u. 5. III. 1905, Fall VIII und der vorhin mitgeteilte Fall W. E.). Sie besagen, daß znr Beurteilung eines Intelligenzdefektes eine genaue Untersnchnng desjeweiligen Willenszustandes notwendig ist. —

Wir besprechen nnn eine Reihe von Resultaten der im ersten Teile unter I A b 5 mitgeteilten Untersuchnngsmethode. bei der es sich um die Messung der Zeit handelte. welche zwischen der Applikation eines einfachen akustischen Reizes und einer einfachen motorischen Reaktion verstrich. Dnrch zahlreiche Versnche wnrde festgestellt, daß bei Individnen. welche, soweit dieses möglich, als psychisch intakt bekannt waren, das arithmetische Mittel etwa in der Höhe von 170 σ lag und nur selten über 200 und 250 σ hinausreichte. Stellt man nun in der vorn schon beschriebenen Weise die gewonnenen Zahlen in Tabellenform zusammen, so treten, wie Sommer angegeben hat. deutliche individnelle Differenzen hervor, je nach den Rubriken, unter welche die Mehrzahl der Versuche bei den einzelnen Personen fällt.

Die Gruppe A der hier beigegebenen Tabelle S 188 enthält Versuchsreihen von Gesunden, zu je zehn Versuchen. Sie zeigt zwei Typen, welcbe sich dadurcb unterscheiden, daß bei den einen die zeitlichen Grenzen nahe beieinander liegen, währeud sie sicb bei den anderen weiter auseinanderziehen. So haben hei V. P. 1 und 2 von zehn Versuchen neun eine Reaktionszeit welche zwischen 150 und 200 σ liegt, nnd ein Versuch eine solche zwischen 101 nnd 150 σ. Bei V. P. 5 dagegen liegen die Hauptwerte („der Scheitelwert“) zwischen 100 nnd 200 σ und es finden Streunngen bis 250, bis 300 σ statt. Unter den bier nicht mitgeteilten Versuebsreihen Gesunder befinden sich einige, bei welchen vereinzelte Streuungen größere Zahlen erreichen (400 σ), doch muß bemerkt werden, daß die psychischen Qnalitäten der V. P. in diesen Fällen nicht bekannt waren.

Die Gruppe B gibt die Beispiele einiger Psychisch-Kranker. Nr. 1, G. gehört einem Falle von Depression mit hypochondriscben Zügen an, Nr. 2. S.. einer auf psychogener Basis erwachsenen Depression. Nr. 3 und 4 sind Fälle von Idiotie. Der wesentliche Unterschied gegenüber der Gruppe A hesteht in den höheren Reaktionszeiten und der bedeutend größeren Streuung. Ziehen wir bei 250 σ einmal die Grenze, über welcbe hinaus bei Gesunden nur ausnahmsweise stärkere Schwanknngen geschehen. so sehen wir, daß bei weitem die meisten der Reaktionen aller V.-P. von A diesseits, aller von B jenseits dieser Grenze liegen.

| Namen | 50 bis 100 | 101 bis 150 | 151 bis 200 | 201 bis 250 | 251 bis 300 | 301 bis 350 | 351 bis 400 | 401 bis 450 | 451 bis 500 | 501 bis 550 | 551 bis 600 | 601 bis 650 | 651 bis 700 | 701 bis 750 | 751 bis 800 | 801 bis 850 | 851 bis 900 | 901 bis 1000 | 1001 bis 1300 | Arithm. Mittel | Datum | Bemerkungen |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Gesunde. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Dr. S. | — | 1 | 9 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 169 | | |
| 2. Dr. D. | — | 1 | 9 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 189 | | |
| 3. St. | — | — | 7 | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 191 | | |
| 4. H. | — | — | 6 | 2 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 206 | | |
| 5. B. | — | 5 | 3 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 164 | | |
| 6. Dr. K. | — | 3 | 4 | 2 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 190,2 | | |
| B. Nicht Unfallkranke. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. G. | — | — | — | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 321,3 | | |
| 2. S. | — | — | | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 345,8 | | |
| 3. F. | — | — | — | — | — | 2 | 2 | — | 2 | — | — | — | 3 | — | 1 | — | — | — | — | 487 | | |
| 4. N. | | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | 2 | 4 | 872 | | |
| C. Unfallkranke. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. V. I. | — | — | — | — | 3 | — | 5 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 355,9 | 25. VII. 05 | |
| „ II. | — | — | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 274,6 | „ | |
| „ III. | — | 1 | 5 | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 179,2 | „ | 9 Versuche |
| 2. H. I. | — | — | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 289,9 | 15. VIII. 05 | |
| „ II. | — | — | — | 1 | 4 | 4 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | | — | 295,4 | „ | |
| 3. E. I. | — | — | — | — | 4 | — | 1 | 2 | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 372 | 7. X. 05. | |
| „ II. | — | — | — | 1 | — | — | 2 | 1 | 5 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 431 | „ | |
| „ III. | — | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 227 | „ | |
| „ IV. | — | 1 | 1 | | 2 | 1 | 2 | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | 391 | „ | |
| 4. G. I. | — | — | 1 | — | 2 | 1 | 2 | 2 | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | 390,2 | 5. XII. 05 | |
| „ II. | — | 1 | — | 1 | 2 | — | 2 | 2 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 353,0 | „ | |
| 5. H. I. | — | — | — | — | 1 | 2 | 2 | 1 | — | 2 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 402,1 | 3. VIII. 05. | |
| „ II. | — | — | — | 1 | 2 | 1 | — | 2 | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | 450,3 | „ | |

Die Gruppe C, welche Beispiele von den Reaktionen Unfallnervenkranker anführt, stimmt bis auf eine Ausnahme, 1, V. III, in bezug auf das Verhalten zur Grenze von 250 σ mit den Fällen der Gruppe B überein. Fast allen Versuchen, welche unter C mitgeteilt worden sind, sind hohe Reaktionszeiten und oft sehr starke Streuungen eigentümlich. Nur bei V zeigten die Leistungen deutlich die Neigung, besser zu werden; bei 2 H. (dem Falle IV J. H. der Krankengeschichten) ist diese Neigung insofern angedeutet, als die einzelnen Werte näher zusammenrücken. Bei 3 E. (Fall IX, W. E.), finden Schwankungen statt.

Unter dem uns noch zur Verfügung stehenden Material befindet sich kein Fall, welcher nicht den hier unter C. mitgeteilten Typus gezeigt hätte. Bei einigen wurden die Reaktionszeiten kürzer und rückten näher aneinander heran, ähnlich wie bei C I (V.), kehrten aber meist bald wieder zum Anfangstypus zurück.

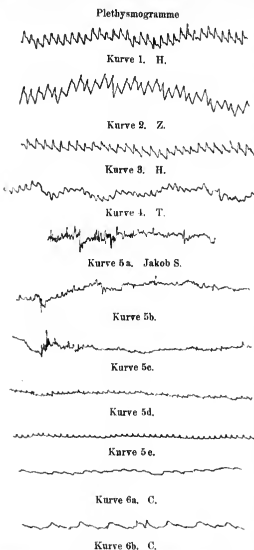
Im ganzen können wir hinsichtlich unsrer Versuche bis jetzt sagen, daß Fälle von traumatischer Neurose vielfach in einer solchen Weise reagieren, welche in den bis jetzt als wesentlich erkannten Punkten von der Gesunder durchaus verschieden ist, wohl aber mit der von psychisch Kranken häufige Übereinstimmung zeigt. Die weiteren Untersuchungen haben darauf zu achten, ob auch innerhalb der traumatischen Neurosen und der anderen psychischen Krankheitsformen Differenzierungen mit dieser Methode möglich und hier wie dort gleiche Typen herauszustellen sind. —

Wir teilen nun eine Anzahl Plethysmogramme mit, die mittels des im I. Teile der Arbeit beschriebenen guanto volometrico aufgenommen worden sind. Wie oben schon betont, richteten wir zunächst unser Augenmerk darauf, ob große Unterschiede zwischen den Volumpulskurven von Unfallnervenkranken und denen von Gesunden bestanden. Die Kurven 1 bis 3 rühren von Gesunden her und zeigen durchweg hohe, kräftige, regelmäßige Erhebungen. Bei 2 findet ein stärkerer Anstieg des Niveaus statt, dessen Ursache wir nicht kennen. Diese Kurven können als Typus der mit dem guanto volometrico von uns aufgenommenen Plethysmogramme Gesunder gelten.

Nr. 4 gehört einem in der Klinik schon mehrfach begutachteten Manne an, dessen Krankheitszustand wir hier kurzweg mit der Bezeichnung „traumatische Psychogenie“ am besten charakterisieren. Die Kurve zeigt im Vergleich mit den ersten einen beträchtlichen Unterschied der Höhe.

Die Kurve 5a ist in mehreren Beziehungen wichtig. Sie verläuft so, daß Pulsbewegungen an ihr zunächst überhaupt kaum wahrnehmbar sind, während zahlreiche Ausschläge der Kurve stattfinden, die sich stellenweise häufen und durchaus den Charakter eines feinschlägigen Tremors haben, dessen Typus stellenweise an den

der Tremorkurve 7b P. X. erinnert. Erst im weiterem Verlaufe geschehen Andeutungen von Pulsbewegungen, die, nachdem in 5b und c nochmals eine kurze Häufung von Zittererscheinungen stattgefunden hat, allmählich deutlich zutage treten. Die Pulskurve unterscheidet sich wiederum, und zwar in noch auffallenderem Maße als Nr. 4, durch ihre geringe Höhe von Nr. 1 bis 3. Zur Kontrolle wurde ein Sphygmogramm (5e) aufgenommen, welches in bezug auf die Pulshöhe wesentlich das gleiche Bild bot.



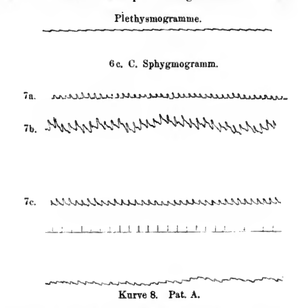

Klinisch sei über den Fall kurz folgendes berichtet:

**X. J. S.**, 1884 geboren, 20. November bis 22. Dezember 1905 in der Klinik. Unfall im Juli 1903; ein Wagen, in welchem S. saß, wurde von einem Eisenbahnzuge überfahren, der Begleiter des S. getötet; S. selbst, welcher die Einzelheiten des Vorfalles nicht anzugeben vermochte, war bewußtlos geworden und hatte eine Anzahl Verletzungen an Rücken und Kopf erlitten, die anscheinend nur die Weichteile betroffen hatten. Nach langem Krankenlager stets Kopfschmerzen, Arbeitsunfähigkeit. Bei der Aufnahme in die Klinik Klagen in diesem Sinne; außerdem Klagen über starke Erreglichkeit und Unruhe. Er bot das Bild schwerer Depression und Hemmung. Allmählich hervortretende Steigerung der Reflexerregbarkeit und Anzeichen psychischer Erregungen. Merkfähigkeit sehr gering. Ähnlichkeit mit dem Falle I. M. T. Schwere erbliche Belastung; darüber siehe später.

Die anfangs der Kurven 5 beobachteten Tremorerscheinungen

geben ein interessantes Bild davon, wie die plethysmographische Kurve durh Ansdrucksbewegnngen verändert werden kann. Dieser Vorgang ist bei weitem nicht immer so ansgeprägt vorhanden, wie hier, so daß in anderen Fällen weit schwieriger zn erkennen ist, welche Bewegnngen der Kurve als Ansdrnck vasomotorischer Vorgänge, welche als Ausdruck von Muskelkontraktionen aufzufassen sind. Diese Momente enthalten eine Hanptschwierigkeit in der Beurteilung der Resnltate plethysmographischer Untersnchungen.

In 3. Heft der „Beiträge znr psychiatrischen Klinik“ 1902 hat R. Sommer auf diese Fehlerqnelle hingewiesen und davor gewarnt,



Kurve 8. Pat. A.

die Volumenschwanknngen eines Körperteiles „schlechthin als vasomotorische Erscheinungen“ anfzufassen, und die große Bedeutung von Muskelkontraktionen bei dem Zustandekommen scheinbar vasomotorischer Erscheinungen nachgewiesen.[1])

Neuerdings hat G. Martius[2]) daran erinnert, „daß unwillkürliche

[1]) l. c. „Zur Messung der motorischen Begleiterscheinnngen psychischer Zustände.“ Ferner die in demselben Hefte enthaltenen Besprechungen S.s von Lehmann, Die körperlichen Äußernngen psychischer Znstände und von Brodmann, Plethysmographische Studien am Menschen.

[2]) Götz Martins, Über die Lehre von der Beeinflussung des Pulses und der Atmung durch psychische Reize. i. d. Beiträgen zur Psychologie und Philosophie. I. Bd., 4. Aufl. Leipzig, Engelmann 1905.

S. auch Bericht über den I. Kongreß für experimentelle Psychologie, April 1904. S. 82.

Bewegungen bei psychischen Einwirkungen, denen etwa eine im Ruhezustande befindliche Person ausgesetzt ist, nicht die Ausnahme, sondern die Regel“ sind, und zwar auch dann, wenn der Reiz kein starker und plötzlicher ist. Martius spricht die Überzeugung aus, daß die Niveauänderungen der Pulskurve vielfach irrtümlicherweise für plethysmographische Erscheinungen gehalten worden sind, während sie sich in Wahrheit als Folgen unwillkürlicher Armbewegungen herausstellen.

Solcher Ausführungen haben wir uns zu erinnern, wenn wir die Volumschwankungen einer Extremität für die Beurteilung der inneren Zustände nutzbar machen wollen, und wir sind genötigt, in weitestem Umfange auch hier das Prinzip zu befolgen, in jeder Hinsicht zunächst nur konstante und große Unterschiede in den Formen der Kurven hervorzuheben.

Sehen wir uns die übrigen hier mitgeteilten Kurven an, 6a u. b, 7a u. 8, so müssen wir konstatieren, daß sie ebenso wie 5 und 4 in bezug auf die Höhe der einzelnen Ausschläge sehr wesentliche Unterschiede von Nr. 1—3 zeigen.

Nr. 7a gehört dem Falle IX. W. E., an und ist aufgenommen worden nachdem E. spontan einen Versuch gemacht hatte, wieder im Bergwerke zu arbeiten. Seiner Schilderung gemäß, welche den Charakter hochgradiger, ängstlicher Erregung trug, war er trotz energischer Vorsätze am Orte des Unfalles von furchtbarer Angst befallen worden, so daß er verschworen hatte, je wieder die Grube zu betreten. Die zweite Kurve 7b sticht bedeutend ab von 7a. Sie ist $2^1/_2$ Monate später aufgeschrieben worden, als E. in die Klinik kam und mit Ausdrucksbewegungen freudiger Erregung erzählte, daß er seit einiger Zeit wieder arbeite, wenn auch nur leichter als früher und nicht unter der Erde. Zur Kontrolle des Plethysmogrammes ist auch hier ein Sphygmogramm (7c) beigefügt.

Von dem Kranken, von welchem Kurve 6 stammt, sei nur erwähnt, daß bei ihm in Anschluß an einen Unfall die Zeichen allgemeinen körperlichen Verbrauches sich entwickelten, so daß der 37jährige Mann weit über seine Jahre hinaus alt aussah.

Kurve 8 rührt von keinem Unfallkranken her, sondern ist den vorigen Kurven zum Vergleich beigegeben worden. Sie gehört einem Kranken an, bei welchem ängstlich-neurasthenische Erscheinungen das Krankheitsbild beherrschten.

Diese Kurven erinnern in mancher Hinsicht an diejenigen, welche Wundt in der neuesten Auflage der „Grundzüge der physiol. Psychologie“ bringt, Bd. II S. 295 und 287 und Bd. III S. 228 und 231, sowie an die von A. Lehmann mitgeilten Kurven bei Depressionszuständen (s. d. Tafel XXXII—XL. Atlas plethysmogr. Untersuchungen). Auf Grund derselben schließt Lehmann, daß während einer deprimierten

Stimmung das Volumen vermindert und die Pulshöhe subnormal ist, und daß Furcht sich durch „kleines Volumen mit stark verminderter Pulshöhe“ äußert.

Die Anführung unserer Kurven 1—8 geschah lediglich, um ein Phänomen, welches uns auffallend erschienen war, zum Zwecke der Vergleichung hier mitzuteilen. Wie große Vorsicht die Beurteilung von Plethysmogrammen verlangt, darauf ist oben bereits hingewiesen worden.

Es erübrigt nun noch, aus den mitgeteilten Krankengeschichten einige Momente herauszuheben, welche die Ätiologieforschung der traumatischen Neurose, und zwar insbesondere die Frage nach der persönlichen Disposition betreffen.

Daß die Fragen nach erblicher Belastung von Unfallkranken nur selten bejahend beantwortet werden, ist schon von verschiedenen Seiten hervorgehoben worden. Auch das Material der Klinik weist nur wenige Fälle auf, in denen von den Kranken nach dieser Richtung hin positive Angaben vorgebracht wurden. Von den hier beschriebenen Fällen hat IX. W. E. berichtet, daß sein Vater sich erschossen hat. Diese Angabe ist immerhin bedeutungsvoll in Anbetracht des Umstandes, daß im Krankheitsbilde von W. E. das depressiv-ängstliche Moment, besonders auch die starken Schwankungen der Stimmung eine große Rolle spielten.[1] Eine besonders schwere Form der Belastung lag vor bei dem gelegentlich der Besprechung der Plethysmogramme erwähnten Falle X. J. S. Ein Bruder des Vaters soll in einer Irrenanstalt gewesen sein, der Vater selbst ist in hohem Maße Alkoholist. Von der Mutter wird berichtet, daß sie als Mädchen $^1/_2$ Jahr lang geisteskrank war; ferner soll sie in den Wochenbetten sich nicht „ganz normal“ verhalten, Gespenster gesehen haben. Ein Bruder des Kranken ist angeborenerweise schwachsinnig und befindet sich seit 1900 in einer Irrenanstalt. Die Angaben über die Erkrankungen der Mutter im Wochenbette deuten auf psychische Labilität bei äußeren Ursachen, der Alkoholismus des Vaters weist nach der epileptischen Seite hin. Die wesentlichen Momente im Krankheitsbilde des J. S. werden durch nervöse Reizzustände, schwere Hemmungen und Depressionen mit schwächlich-paranoischen Zügen dargestellt.

Ein Teil der Kranken scheint in der Tat absichtlich Angaben über Krankheitszustände in der eignen Familie möglichst zu vermeiden. Als Beispiel möge das Verhalten des Kranken VI R. S. dienen bei der Frage, ob in seiner Familie Leistenbrüche vorgekommen seien.

Um uns von der Absicht oder Unkenntnis der Kranken bei der Erforschung angeborner oder früh schon zur Entwicklung gekommener

[1] Vgl. im ersten Heft dieses Werkes Sommer, Psychiatrische Untersuchung eines Falles von Mord usw.

pathologischer Zustände möglichst unabhängig zu machen, bedarf es daher um so sorgfältigerer Beobachtung objektiver Merkmale. Als solche seien zunächst die morphologischen Abnormitäten genannt. Was diese anbetrifft, muß jedoch betont werden, daß sie nur dann für unsre Zwecke Wert haben, wenn aus ihnen eine Diagnose gestellt werden kann. Es ist gänzlich unnütz, auf ein auffallend gestaltetes oder angewachsenes Ohrläppchen, eine Schädelasymmetrie od. dgl. als auf ein „Degenerationszeichen" hinzuweisen. Sind wir dagegen imstande, aus der Schädelbeschaffenheit eine alte hydrokephalische Erkrankung (s. Fall VII H. X.) oder allenfals Verknöcherung bestimmter Nähte usw. zu diagnostizieren, so haben wir damit Momente gewonnen, welche wirkliche, d. h. wissenschaftliche ätiologische Bedeutung haben.

Ein anderes wichtiges Hilfsmittel für die Erkennung pathologischer Anlagen ist der Krankheitsbefund selbst, sofern er Symptome enthält, welche bestimmten endogenen Krankheitszuständen eigentümlich sind. Als Beipiel kann Fall II, R. J., dienen, dessen klinisch-psychologische Erscheinungen, als er zur Begutachtung kam, in vieler Beziehung auf eine epileptoide Grundbeschaffenheit wiesen.

Die Erkenntnis morphologischer Abnormitäten und der klinische Befund endlich können, jedes allein oder beide zusammen, zur Folge haben, daß manche Mitteilungen der Patienten über frühere und spätere Krankheitsäußerungen vom zweifelhaften Wert einer Aussage verlieren und objektiveren Boden gewinnen. Wir verweisen auf die Fälle VII, H. X., und VIII, P. X., deren Beschreibung von Krankheitszuständen, die sie früher und jetzt durchgemacht hätten, durch den klinischen und psychologischen Befund einen ziemlich hohen Grad von Wahrscheinlichkeit erreicht haben.

Eine solche Objektivierung anamnestischer Angaben ist für die Ursachenforschung wie überall in der Psychopathologie so auch hier dringend geboten.

---

# KLINIK

für

# psychische und nervöse Krankheiten.

Herausgegeben

von

**Robert Sommer,**
Dr. med. et phil.,
o. Professor an der Univ. Gießen.

**I. Band. 3. Heft.**

INHALT:





**HALLE a. S.**
Verlag von Carl Marhold
1906.

I.

# Die elektrischen Vorgänge an der menschlichen Haut.

Von Professor Dr. Sommer-Gießen und Robert Fürstenau-Berlin.

---

Für eine ganze Reihe von neurologischen Fragen besonders therapeutischer Art ist die Untersuchung der Beziehungen, in denen die menschliche Haut zu den elektrischen Vorgängen und ihren Gesetzen steht, von großer Wichtigkeit. Gerade dem relativen Mangel an exakten Untersuchungen über diese Verhältnisse ist es zuzuschreiben, daß in diesem Gebiet die Kurpfuscherei ein weites und unkontrolliertes Feld gefunden hat.

Wenn man von einer Elektrizität der menschlichen Haut redet, so darf man dies nicht so auffassen, als ob der Haut im normalen oder in irgendeinem anormalen Zustande Elektrizität, d. h. eine gewisse Quantität freier Ladung zukäme, die sich etwa an besonders bevorzugten Stellen ansammle. Den Nachweis, daß solche Ladungen an der Körperoberfläche nicht existieren und auch nicht existieren können, entgegen den Anschauungen, welche Pfaff[1]) und Harnack[2]) entwickeln, haben wir an anderer Stelle erbracht.[3]) Wenn wir nun doch von einer Elektrizität des menschlichen Körpers reden, so meinen wir damit die Fälle, in welchen die Haut des Menschen mit ihren Ausscheidungen an einer Elektrizitätserzeugung, an der Bildung eines elektrischen Stromes, also dynamischer Elektrizität, sich beteiligt. Falls der menschliche Körper aus sich heraus derartige Ströme zu erzeugen imstande ist, so würden solche ev. erzeugten Ströme in sich geschlossen sein und ihre Wirkungen nach außen hin nur sehr schwer erkennbar gemacht werden können. Auch die Frage, ob bei Berührung der Haut zweier Menschen untereinander ein Ausgleich von Elektrizität in Form eines Stromes stattfindet, kann mit den bisherigen Untersuchungsmethoden nicht beantwortet werden.

---

[1]) Pfaff, Meckels deutsches Archiv für Physiologie, Bd. III, 1817.

[2]) Harnack, Studien über Hautelektrizität und Hautmagnetismus des Menschen. Jena. 1905.

[3]) Sommer und Fürstenau. Die scheinbaren Ladungen des menschlichen Körpers. Deutsche med. Wochenschr. 1906. (Im Erscheinen.)

Die einzige Möglichkeit, die menschliche Haut zur Beteiligung an einer Elektrizitätserzeugung heranzuziehen, ist die, daß man die Haut mit Elektroden in Berührung bringt und damit den Körper in eine metallische Leitung einschaltet, wie es von v. Tarchanoff,[1]) Sticker[2]) und Sommer[3]) ausgeführt worden ist. Von Tarchanoff benutzte als Elektroden Wattebäusche, welche mit physiologischer Kochsalzlösung getränkt waren. Es ist klar, daß diese Methode zu einer nur einigermaßen richtigen quantitativen Messung unbrauchbar ist, da, abgesehen von der niemals nur annähernd genau zu bestimmenden Berührungsfläche, der Hautfeuchtigkeit praktisch eine ganz nebensächliche Rolle neben der Menge der Kochsalzlösung zugewiesen wird. Und gerade die Hautfeuchtigkeit ist, wie dies schon von v. Tarchanoff behauptet worden ist, etwas sehr Wesentliches beim Zustandekommen der Ströme. Eine bedeutende Verbesserung in Hinsicht auf die Möglichkeit einer quantitativen Messung war die von Sommer eingeführte Benutzung von Metallelektroden, der als solche zwei aufgeblasene, mit Stanniol überzogene Gummimembranen benutzte.

Die bei Berührung dieser Stanniolelektroden mit den Händen auftretenden elektrischen Ströme, deren Stärke am Spiegelgalvanometer abgelesen wurde, waren nur sehr schwach, oft überhaupt nicht bemerkbar. Es ist uns nun gelungen, eine außerordentliche Verbesserung der Methode vorzunehmen, die weiter unten beschrieben werden soll. Die Stärke der mittels ihr erhaltbaren Ströme beträgt im Durchschnitt das Sieben- bis Zehnfache der früheren, was eine viel genauere Feststellung derselben erlaubt und für viele neurologische Zwecke eine wertvolle Neuerung bedeutet.

Wir müssen zunächst auf die Art und Weise der Entstehung der Ströme bei Berührung der Haut mit Metallelektroden eingehen. Der Meßapparat, meist ein Spiegelgalvanometer, liegt in einem Stromkreis, dessen offene Enden die beiden Elektroden darstellen. Legt man beide Hände auf die Stanniolelektroden, so hat man im Stromkreis zwei primitive galvanische Elemente, deren jedes aus Metall, Haut und Hautfeuchtigkeit, welche letztere die Rolle des Elektrolyten spielt, besteht. Um zu untersuchen, welchen Pol die Haut, welchen das Stanniol bildet, schlossen wir vergleichsweise den Stromkreis zwischen den Elektroden nicht durch die Hände und den Körper, sondern durch

[1]) von Tarchanoff, Über die galvanischen Erscheinungen an der Haut des Menschen bei Reizungen der Sinnesorgane und verschiedenen Formen der psychischen Tätigkeit. Pflügers Archiv 1890.

[2]) Sticker, Über Versuche einer objektiven Darstellung von Sensibilitätsstörungen. Wiener klin. Rundschau 1897, Nr. 30 und 31.

[3]) Sommer, Beiträge zur psychiatrischen Klinik. Wien 1902.

ein aus Zink und Kupfer in Wasser bestehendes Element. Wir fanden hierdurch, daß die Hand stets den positiven Pol bildet.

Vergegenwärtigen wir uns jetzt die Versuchsanordnung mit den beiden Stanniolelektroden, so sehen wir, daß von beiden Elementen (Stanniol, Hautfeuchtigkeit, Hand) der Strom in den Körper hineinfließt, d. h. die Elemente sind gegeneinander geschaltet, so daß die in ihnen erzeugten Ströme, wenn sie gleiche Intensität besitzen, sich vollständig aufheben, während bei Intensitätsverschiedenheiten durch den schwachen resultierenden Strom nur eine geringe Ablenkung des Galvanometerspiegels herbeigeführt wird.

Wenn das bisher Entwickelte richtig ist, so müßte folgende Versuchsanordnung schon wesentlich bessere Resultate ergeben: Eine Hand liegt auf der Stanniolelektrode auf, zugleich ist sie mit der anderen Elektrode durch eine Kupferplatte verbunden.

Daß gerade eine Kupferplatte gewählt wird, hat seinen Grund darin, daß, wie wir festgestellt haben, die menschliche Haut in der elektrischen Spannungsreihe ihren Platz ganz in der Nähe des Kupfers hat, somit also an der Berührungsstelle Haut-Kupferplatte keine Ströme entstehen, welche die an der Stanniolelektrode erzeugten in ihrer Stärke modifizieren würden. Wir führten diese Versuchsanordnung durch und erhielten folgende Resultate:

| Hand, welche die Elektrode berührt | Elektrode, auf welcher sie aufliegt | Ausschlag in Skalenteilen | Richtung des Ausschlages |
|---|---|---|---|
| a) links | links | 14 | links |
| b) links | rechts | 14 | rechts |
| c) rechts | rechts | 12 | rechts |
| d) rechts | links | 12 | links |

Wenn beide Hände auf die Elektroden gelegt wurden, betrug der Ausschlag einen Skalenteil nach links.

Aus der Tabelle geht klar hervor, daß die Hand sich nicht im geringsten anders verhält wie ein anderer Elektrizitätsleiter, etwa Kupfer, der mit einem anderen Metall zusammen in einen Elektrolyten taucht. Die linke Hand, gleichgültig, auf welcher Elektrode sie aufliegt, erzeugt stets einen Strom von der Stärke 14, der in Fall b die entgegengesetzte Richtung hat, wie in a. Dasselbe ist bei der rechten Hand der Fall, nur ist der Strom um zwei Skalenteile schwächer. Wenn beide Hände auf den Elektroden aufliegen, so bedeutet das eine Kombination von a und c; a verlangt einen Ausschlag von 14 Skalenteilen nach links, c einen solchen von 12 nach rechts. Das Resultat müßte ein Ausschlag von etwa zwei Skalenteilen nach links sein, wie ja auch

ein solcher, wenn auch nur von einem Skalenteil, zu beobachten ist. Diese geringe Abweichung ist sehr wahrscheinlich auf Kosten der sehr schnell eintretenden Polarisation zu setzen.

Es wäre also schon ein Vorteil, diese Anordnung zur Messung der Ströme zu benutzen; man kann mit ihr jedoch stets nur jede Hand für sich zur Messung heranziehen, ferner würde bei Anlegen der Elektrode an anderen Körperstellen die Verbindung durch die Kupferplatte mit der anderen Elektrode umständlich und schwer anzubringen sein.

Ganz unvorteilhaft ist es aber auf jeden Fall, beide Elektroden zugleich zu benutzen, da, wie gezeigt, die entstehenden Ströme entgegengesetzt gerichtet sind und sich daher aufheben. Am günstigsten wäre es, beide Ströme benutzen zu können, jedoch in der Weise, daß sie gleiche Richtung besitzen und sich infolgedessen addieren. Um das zu erreichen, gibt uns die oben gemachte Bemerkung, daß die Haut in der elektrischen Spannungsreihe in der Nähe des Kupfers iegt, einen deutlichen Fingerzeig.

Wir wählen das Elektrodenmaterial in der Spannungsreihe nicht auf einer Seite der Haut, sondern, für die eine Elektrode nach der positiven Seite, für die andere nach der negativen Seite hin; damit die Potentialdifferenzen möglichst große werden, entfernen wir uns auf beiden Seiten möglichst weit von der Haut, d. h. vom Kupfer. Wir verwendeten nun als Material für die eine Elektrode Zink, welches wir zur möglichsten Vermeidung der Polarisation amalgamierten, für die andere Kohle. Wenn wir etwa für die linke Elektrode Zink gewählt hatten, so bildete dabei die linke Hand den positiven Pol des einen Elementes, rechts dagegen stellte die rechte Hand den negativen Pol gegenüber der Kohle vor, so daß also der positive Pol des einen Elementes mit dem negativen des anderen durch den Körper verbunden war, die Elemente also hintereinander geschaltet waren. In dieser Anordnung ist es möglich, beide Hände zugleich auf den Elektroden aufliegen zu lassen, ohne daß die Ströme sich gegenseitig kompensieren. Wir haben mit dieser Anordnung Ausschläge bis zu 65 Skalenteilen erhalten gegen sechs bis acht früher; in gleichem Maße wächst natürlich die Genauigkeit, mit welcher man geringere Änderungen in der Stromstärke beobachten kann.

Es ist nun auch überflüssig, die Hände mit physiologischer Kochsalzlösung und Bronzepulver zu bestreichen, wie man es früher zu tun pflegte, um größere Ausschläge zu erhalten. Natürlich konnte man mit dieser Anordnung überhaupt nicht die infolge der Berührung von menschlicher Haut und Metall auftretenden Ströme messen, da die Elemente eine ganz neue Zusammensetzung (Elektrode, Kochsalzlösung, Bronzepulver) erhalten hatten, die Haut also einen ganz unwesentlichen Faktor bei der Stromerzeugung darstellte. Jetzt erhält man ausschließlich die

Stärke des Stromes, welcher durch das Element: Elektrodenmetall, Hautfeuchtigkeit und Haut erzeugt wird.

Man kann nunmehr auch daran gehen, den Einfluß der Schweißsekretion, des auf die Elektroden ausgeübten Druckes usw. genauer zu untersuchen.

In bezug auf den Druck hatte sich folgendes Merkwürdige ergeben: Erhielten wir bei Berührung der Stanniolelektroden mit den Händen einen Ausschlag des Galvanometers in einer bestimmten Richtung, etwa nach links, so ließ sich dieser durch einen von der linken Hand auf die linke Elektrode ausgeübten Druck von durchaus nicht sehr großer Stärke etwas steigern. Wurde der Druck von der rechten Hand auf die rechte Elektrode ausgeübt, so erhielt das Galvanometer einen Impuls nach rechts; und wenn man abwechselnd, etwa im Tempo der Eigenschwingungen des Galvanometerspiegels, links und rechts drückte, so konnte man den Lichtstreifen über die ganze Skala hin und her jagen. Die Stärke der auftretenden Ströme schien also von dem auf die Elektroden ausgeübten Druck abzuhängen. Eine genaue Feststellung hierüber konnte von Wert sein für den Ausbau der Methoden zur Messung von unwillkürlichen Ausdrucksbewegungen. Denn ebensogut wie willkürliche Druckveränderungen durch den Galvanometerausschlag sichtbar wurden, mußten es auch unwillkürliche Schwankungen und Differenzen im Druck werden, also Bewegungen, die sich dem unmittelbaren Bewußtsein und Willen des Menschen entziehen.[1])

Zur Untersuchung der Abhängigkeit der Stromstärke von dem Druck ließen wir den auf jede Elektrode einzeln ausgeübten Druck nach Übertragung durch Marey'sche Kapseln auf einem Kymographion aufzeichnen, während ein von dem Beobachter der Galvanometerskala aus gehandhabter Markiermagnet zugleich die Steigerung der Stromstärke registrierte. Nachdem bei einem minimalen Anfangsdruck der linken Hand das Galvanometer sich auf den 18. Skalenteil eingestellt hatte, wurde der Druck allmählich bis zu einem Maximum gesteigert; die Stromstärke wuchs entsprechend an bis zum Skalenteil 30.

Als dann der Druck langsam wieder nachgelassen wurde, blieb jedoch die Stromstärke konstant. Genau so verhielt es sich bei der rechten Hand, wo bei zunehmendem Druck die Stromstärke von 20 auf 28 Skalenteile stieg und bei Abfall der Druckkurve konstant blieb.

Die Stromstärke hängt also nicht vom Druck an sich ab, sondern erst von einem sekundären Umstand. Man bemerkt nämlich, daß, wenn man nach dem Maximaldruck denselben nachläßt, das Stanniol der Elek-

[1]) Vgl. Sommer, Elektromotorische Wirkungen der Finger. Neurologisches Zentralblatt 1905, Nr. 7. Sommer, Die Natur der elektrischen Vorgänge an der menschlichen Haut. Münchener mediz. Wochenschrift 1905, Nr. 51.

ein solcher, wenn auch nur von einem Skalenteil, zu beobachten ist. Diese geringe Abweichung ist sehr wahrscheinlich auf Kosten der sehr schnell eintretenden Polarisation zu setzen.

Es wäre also schon ein Vorteil, diese Anordnung zur Messung der Ströme zu benutzen; man kann mit ihr jedoch stets nur jede Hand für sich zur Messung heranziehen, ferner würde bei Anlegen der Elektrode an anderen Körperstellen die Verbindung durch die Kupferplatte mit der anderen Elektrode umständlich und schwer anzubringen sein.

Ganz unvorteilhaft ist es aber auf jeden Fall, beide Elektroden zugleich zu benutzen, da, wie gezeigt, die entstehenden Ströme entgegengesetzt gerichtet sind und sich daher aufheben. Am günstigsten wäre es, beide Ströme benutzen zu können, jedoch in der Weise, daß sie gleiche Richtung besitzen und sich infolgedessen addieren. Um das zu erreichen, gibt uns die oben gemachte Bemerkung, daß die Haut in der elektrischen Spannungsreihe in der Nähe des Kupfers liegt, einen deutlichen Fingerzeig.

Wir wählen das Elektrodenmaterial in der Spannungsreihe nicht auf einer Seite der Haut, sondern, für die eine Elektrode nach der positiven Seite, für die andere nach der negativen Seite hin; damit die Potentialdifferenzen möglichst große werden, entfernen wir uns auf beiden Seiten möglichst weit von der Haut, d. h. vom Kupfer. Wir verwendeten nun als Material für die eine Elektrode Zink, welches wir zur möglichsten Vermeidung der Polarisation amalgamierten, für die andere Kohle. Wenn wir etwa für die linke Elektrode Zink gewählt hatten, so bildete dabei die linke Hand den positiven Pol des einen Elementes, rechts dagegen stellte die rechte Hand den negativen Pol gegenüber der Kohle vor, so daß also der positive Pol des einen Elementes mit dem negativen des anderen durch den Körper verbunden war, die Elemente also hintereinander geschaltet waren. In dieser Anordnung ist es möglich, beide Hände zugleich auf den Elektroden aufliegen zu lassen, ohne daß die Ströme sich gegenseitig kompensieren. Wir haben mit dieser Anordnung Ausschläge bis zu 65 Skalenteilen erhalten gegen sechs bis acht früher; in gleichem Maße wächst natürlich die Genauigkeit, mit welcher man geringere Änderungen in der Stromstärke beobachten kann.

Es ist nun auch überflüssig, die Hände mit physiologischer Kochsalzlösung und Bronzepulver zu bestreichen, wie man es früher zu tun pflegte, um größere Ausschläge zu erhalten. Natürlich konnte man mit dieser Anordnung überhaupt nicht die infolge der Berührung von menschlicher Haut und Metall auftretenden Ströme messen, da die Elemente eine ganz neue Zusammensetzung (Elektrode, Kochsalzlösung, Bronzepulver) erhalten hatten, die Haut also einen ganz unwesentlichen Faktor bei der Stromerzeugung darstellte. Jetzt erhält man ausschließlich die

Stärke des Stromes, welcher durch das Element: Elektrodenmetall, Hautfeuchtigkeit und Haut erzeugt wird.

Man kann nunmehr auch daran gehen, den Einfluß der Schweißsekretion, des auf die Elektroden ausgeübten Druckes usw. genauer zu untersuchen.

In bezug auf den Druck hatte sich folgendes Merkwürdige ergeben: Erhielten wir bei Berührung der Stanniolelektroden mit den Händen einen Ausschlag des Galvanometers in einer bestimmten Richtung, etwa nach links, so ließ sich dieser durch einen von der linken Hand auf die linke Elektrode ausgeübten Druck von durchaus nicht sehr großer Stärke etwas steigern. Wurde der Druck von der rechten Hand auf die rechte Elektrode ausgeübt, so erhielt das Galvanometer einen Impuls nach rechts; und wenn man abwechselnd, etwa im Tempo der Eigenschwingungen des Galvanometerspiegels, links und rechts drückte, so konnte man den Lichtstreifen über die ganze Skala hin und her jagen. Die Stärke der auftretenden Ströme schien also von dem auf die Elektroden ausgeübten Druck abzuhängen. Eine genaue Feststellung hierüber konnte von Wert sein für den Ausbau der Methoden zur Messung von unwillkürlichen Ausdrucksbewegungen. Denn ebensogut wie willkürliche Druckveränderungen durch den Galvanometerausschlag sichtbar wurden, mußten es auch unwillkürliche Schwankungen und Differenzen im Druck werden, also Bewegungen, die sich dem unmittelbaren Bewußtsein und Willen des Menschen entziehen.[1])

Zur Untersuchung der Abhängigkeit der Stromstärke von dem Druck ließen wir den auf jede Elektrode einzeln ausgeübten Druck nach Übertragung durch Marey'sche Kapseln auf einem Kymographion aufzeichnen, während ein von dem Beobachter der Galvanometerskala aus gehandhabter Markiermagnet zugleich die Steigerung der Stromstärke registrierte. Nachdem bei einem minimalen Anfangsdruck der linken Hand das Galvanometer sich auf den 18. Skalenteil eingestellt hatte, wurde der Druck allmählich bis zu einem Maximum gesteigert; die Stromstärke wuchs entsprechend an bis zum Skalenteil 30.

Als dann der Druck langsam wieder nachgelassen wurde, blieb jedoch die Stromstärke konstant. Genau so verhielt es sich bei der rechten Hand, wo bei zunehmendem Druck die Stromstärke von 20 auf 28 Skalenteile stieg und bei Abfall der Druckkurve konstant blieb.

Die Stromstärke hängt also nicht vom Druck an sich ab, sondern erst von einem sekundären Umstand. [illegible] be[illegible] nämlich, daß, wenn man nach dem Maximaldruck den [illegible] Stanniol der Elek-





[1]) Vgl. Sommer, [illegible] Photo[illegible] [illegible]r. Neurologisches Zentralblatt 1905, Nr. 7. [illegible] [illegible]n Vorgänge an der menschlichen Haut. K[illegible] [illegible]r. 51.

troden sich so eng in die Linien der Hand eingeschmiegt hat, daß es unmöglich ist, die Hand ohne starken Ruck von der Elektrode zu lösen.

Wenn wir nun die Kombination Hand, Hautfeuchtigkeit, Elektrode rein physikalisch als einfaches galvanisches Element betrachten und uns fragen: Welche Veränderung erleidet das Element bei Verstärkung des Druckes zwischen Hand und Elektrode? — so lautet die einfache Antwort: Durch die innigere Berührung wird der innere Widerstand des Elementes herabgemindert, vor allem aber wird durch das enge Anschmiegen und Anpassen der Stanniolelektrode an die Form der Hand die Berührungsfläche vergrößert. Wir wissen aber, daß die erhaltene Stromstärke stets proportional der Berührungsfläche sein muß. Unabhängig davon ist die Potentialdifferenz, die man mit Hilfe eines Elektrometers messen kann. Bei Wiederholung der Versuche mit einem Kapillarelektrometer nach Ostwald an Stelle des Galvanometers erhielten wir in der Tat bei Druckänderungen keine Änderungen im Stande der Quecksilberkuppe des Elektrometers.

Dieselbe Abhängigkeit zeigte, wenn auch nicht in ganz so exakter und einwandsfreier Weise, folgender Versuch: Die Zink- und die Kohleelektrode wurden je an eine Hand gelegt. Der konstante Ausschlag des Galvanometers betrug 9 Skalenteile (die Versuchsperson hatte trockene Hände). Es wurde ein Finger einer Hand abgehoben: der Ausschlag sank auf 8 Skalenteile, bei jedesmaligem weiteren Abheben eines Fingers auf 7, dann $6^1/_2$ und endlich 4 Skalenteile.

Die Differenzen in der Stromstärke resultieren also aus den Veränderungen der Berührungsfläche, welche ihrerseits ihre Ursache in Druckdifferenzen haben. Man kann somit in der Tat sagen, daß unwillkürliche Ausdrucksbewegungen in merkbarem Maße auf die Stärke der auftretenden Ströme einwirken.

Damit überhaupt elektrische Ströme bei Berührung von Hand und Metall zustande kommen, ist das Vorhandensein einer gewissen Schweißsekretion unerläßliche Vorbedingung; von Einfluß ist auch die Dicke der Haut. Das erscheint ja auch ganz selbstverständlich, wenn wir uns an unser physikalisches Analogon halten. Wenn kein Elektrolyt vorhanden ist, woher sollen dann Ströme, wenigstens solche von bequem meßbarer Größe, kommen? Und die Hautfeuchtigkeit ist ein sehr wirksamer Elektrolyt, da sie ja gelöste Salze enthält.

Eine Versuchsperson, deren Hände den Tag über fortwährend mit Alkohol in Berührung gewesen waren, so daß sie absolut trocken zu nennen waren, vermochte sogar durch Berührung der Zink-Kohle-Elektroden nicht den geringsten Galvanometerausschlag hervorzurufen.

Wenn man die Elektroden nicht mit der ganzen Hand, sondern mit einzelnen Hautpartien und den Fingern berührt, dabei die Größe der

Berührungsflächen möglichst nicht ändert, so erhält man Ströme, deren Stärke sich ziemlich charakteristisch für jede Hautpartie ändert. Die erste Tabelle zeigt die Galvanometerausschläge für die links bezeichneten Teile der Hände einer Versuchsperson; die folgende dasselbe für eine zweite Person.

Tabelle I.

| | Ausschlag | |
|---|---|---|
| | linke Hand | rechte Hand |
| Handteller | 7 | 13 |
| Handballen | 9 | 14 |
| Zeigefinger | 5 | 6 |
| Mittelfinger | 4 | 5 |
| Ringfinger | 6 | $6^1/_2$ |
| Kleiner Finger | 5 | $6^1/_2$ |
| Daumen | $2^1/_2$ | $3^1/_2$ |

Tabelle II.

| | Ausschlag | |
|---|---|---|
| | linke Hand | rechte Hand |
| Handteller | 4 | $3^1/_2$ |
| Handballen | $3^1/_2$ | 6 |
| Zeigefinger | 3 | 2 |
| Mittelfinger | $2^1/_2$ | 2 |
| Ringfinger | 3 | 3 |
| Kleiner Finger | 2 | 2 |
| Daumen | 2 | 1 |

Am größten ist der Galvanometerausschlag im allgemeinen bei Berührung der Elektroden mit dem Handballen, am geringsten für den Daumen, der ja auch für Tastempfindungen am wenigsten empfindlich ist. Die anderen Ausschläge zeigen in allen vier Reihen das gleiche charakteristische Anwachsen und Abnehmen. Zugleich ist der enorme Unterschied in der durchschnittlichen Stärke der Ströme beachtenswert; die Ausschläge, welche von der ersten Person erzielt sind, haben im Durchschnitt die doppelte Größe von denen der zweiten. Der Grund dafür liegt in der Hautbeschaffenheit der letzteren; die Person besaß eine ausgearbeitete Hand und eine sehr starke Epidermis. Wie stark deren Einfluß ist, zeigen die Stromstärken, welche man erhält, wenn man je einen Fuß über beide Elektroden stellt; die Galvanometerausschläge schwanken zwischen drei und vier Skalenteilen, sind also äußerst minimal.

Sehr gering ist auch die Stärke der Ströme, welche man bei Befestigung der Elektroden an der Stirn, in der Schläfengegend erhält. Sie überschreitet im allgemeinen nicht die Größe von drei bis fünf Skalenteilen. Ganz eminente Ausnahmen ergeben sich jedoch bei Personen, welche an der Stirn starke und häufige Muskelkontraktionen aufweisen. Die Stärke der von diesen erregten Ströme belief sich bis auf fast 40 Skalenteile, d. h. den zehnfachen Wert der beim normalen Menschen beobachteten Ströme.

Wir sehen hier also wieder den Einfluß der unwillkürlichen Ausdrucksbewegungen hervortreten. Es lassen sich durch Muskelkontraktionen, welche durch äußere Einflüsse, etwa durch Kitzeln der Haut mit einem feinen Haarpinsel, hervorgerufen werden, auch Änderungen in der Stärke der an den Händen erzeugten Ströme hervorbringen, wie dies schon in den Experimenten von von Tarchanoff und Sticker hervorgetreten ist, die allerdings zur Erklärung wesentlich nur die Schweißsekretion verwendeten.

So befestigten wir z. B. die Elektroden wiederum an den Händen einer Versuchsperson: der konstante Galvanometerausschlag betrug 24 Skalenteile. Darauf wurde mit einem Haarpinsel die Stirnhaut gekitzelt, der Ausschlag stieg auf 44, und beim Kitzeln des Nackens sogar auf 52. Bei einer anderen Versuchsperson, bei welcher der konstante Ausschlag nur 16 Skalenteile betrug, stieg er, als man sie im Nacken kitzelte, nur auf 19, beim Streichen der Stirnhaut jedoch auf 24. Interessant ist es, daß von der ersten Person das Kitzeln im Nacken, von der zweiten dagegen das der Stirnhaut unangenehmer empfunden wurde, also der größere Ausschlag auch stets einer erhöhten Reizempfindung entsprach.

Größere Ausschläge, als wenn je eine Hand eine Elektrode berührt, erhält man, wenn man beide Elektroden in eine Hand nimmt, und zwar den größten, wenn die Zinkelektrode so gebogen wird, daß sie sich dem Handballen anschmiegt, während die Kohleelektrode im Handteller liegt. Es sinkt die Stromstärke aber bedeutend, wenn die Kohleelektrode statt im Handteller auf dem Handrücken befestigt wird, was sich aus der wesentlich geringeren Schweißsekretion des Handrückens erklärt.

Ebenfalls aus der wechselnden Schweißsekretion sind die im Laufe des Tages bei demselben Individuum erfolgenden Schwankungen der Stromstärke zu erklären. Im wesentlichen zeigt sie vom Morgen zum Abend eine stetige Tendenz zum Steigen, so daß die abends erzeugten Ströme die mehrfache Stärke der am Morgen hervorgebrachten besitzen. Außer diesem steten Ansteigen finden jedoch Schwankungen statt, die von Stunde zu Stunde ganz beträchtliche Werte annehmen können.

Es läßt sich verfolgen, daß diese Schwankungen parallel laufen

der wechselnden Beschäftigungsart der Versuchsperson im Laufe des Tages. Eine angestrengtere Muskeltätigkeit hat auch immer eine Steigerung der Stromstärke zur Folge, besonders wenn diese Tätigkeit unmittelbar auf eine Ruhepause folgt. Ist die Tätigkeit länger andauernd, so hört das Steigen der Stromstärke auf, oft sinkt sie auch wieder. Werden die Muskeln längere Zeit vollständig ausgeruht, so sinkt die Stromstärke ebenfalls. Es ist also ein offenbarer Zusammenhang zwischen Muskeltätigkeit, Schweißsekretion und der Stärke der auftretenden Ströme vorhanden.

Einen Einfluß psychischer Vorgänge auf die Stromerzeugung, wie ihn von Tarchanoff beobachtet hat, vermochten wir, abgesehen von den reaktiven Erscheinungen nach Kitzeln, nicht mit Sicherheit festzustellen. Daß aber z. B. der Schreck steigernd einwirken muß, läßt sich ganz gut aus den Versuchen erklären; denn infolge der bei einem plötzlichen Erschrecken auftretenden Muskelkontraktionen muß sich die Berührungsfläche an den Elektroden ändern, im allgemeinen wohl bei Zurückziehung verkleinern, dem dann ein Abnehmen der Stromstärke entsprechen würde. Durch angestrengte geistige Tätigkeit, wie Kopfrechnen, haben wir nur selten Änderungen im Galvanometerausschlag hervorrufen können; es mag dies aber vielleicht an der nicht ausreichenden Empfindlichkeit des Meßinstrumentes gelegen haben. In denjenigen Fällen, in denen beim Kopfrechnen eine wenn auch nur geringe Vergrößerung des Ausschlages stattfand, ließ sich diese zurückführen auf unwillkürliche und willkürliche Muskelkontraktionen an der Stirnhaut, an welcher die Elektroden anlagen. Es ist auch die Frage, ob nicht alle Änderungen in der Stromstärke, welche von Tarchanoff bei geistiger Tätigkeit hat feststellen können, gerade auf solche Muskelkontraktionen, wie z. B. das Stirnrunzeln, also auf die Änderung der Berührungsfläche und des inneren Widerstandes zurückzuführen sind. Jedenfalls hat diese Annahme eine sehr große Wahrscheinlichkeit für sich, da eventuelle Änderungen doch nur durch physikalische Ursachen hervorgerufen werden könnten. Die einzigen Ursachen aber, die da in Betracht kämen, sind die so oft erwähnten Änderungen in der Berührungsfläche und dem inneren Widerstande der durch die Hände und die Elektroden gebildeten galvanischen Elemente, Änderungen, welche ihre Ursache in der Tätigkeit der Muskeln und der durch psychische Vorgänge beeinflußten Schweißdrüsentätigkeit haben.

Man muß aber gerade darin äußerst vorsichtig sein, die Änderungen im Galvanometerausschlag mit psychischen Vorgängen, die sich in der gleichen Zeit abspielen, in kausalen Zusammenhang zu bringen, können doch jene die Intensitätsänderungen des Stromes veranlassenden Muskelbewegungen ganz außerhalb

jedes psychischen Einflusses liegen und ganz unabhängig von diesem synchron mit der scheinbaren Ursache verlaufen.

. Überhaupt sind ganz exakte Messungen, z. B. der Tagesschwankungen und der Differenzen bei Berührung verschiedener Hautstellen mit den Elektroden, nur sehr schwer durchzuführen, da weder die Größe der Berührungsflächen ganz konstant zu erhalten ist, noch stets wieder ganz genau derselbe Druck auf die Elektroden ausgeübt werden kann. Trotzdem sind gerade die Tagesschwankungen von so außerordentlichem Umfange und ihr Verlauf so charakteristisch, daß an einer tatsächlich stattfindenden Periodizität nicht zu zweifeln ist.

Was die Frage betrifft, ob bei Berührung von Haut mit Haut ein elektrischer Strom entsteht, so haben wir, wie schon oben gesagt, bisher stets nur zu einer negativen Feststellung gelangen können. Physikalisch betrachtet ist das Entstehen eines Stromes unwahrscheinlich, ja ausgeschlossen, wenn der Haut tatsächlich eine ganz unverrückbare Stellung in der elektrischen Spannungsreihe zukommt. Nun könnte man sich allerdings denken, daß bei den großen individuellen Verschiedenheiten die Haut des einen Menschen etwa mehr in der Nähe des Kupfers, die des anderen näher dem Antimon stände. Dann wäre das Zustandekommen eines Stromes physikalisch unerläßlich, wenn seine Größe auch nur so gering sein würde, daß es große Schwierigkeiten machen würde, ihn isoliert bemerkbar zu machen von den im Vergleich zu ihm um vieles größeren Strömen, die bei der Berührung der Zuleitungen zum Meßapparat zustande kommen würden. Jedenfalls konnten wir einen Strom dieser Art bei gegenseitiger Berührung von Händen verschiedener Personen nicht nachweisen.

Als Versuch in dieser Richtung haben wir zwei Personen jede mit je einer Hand eine Elektrode berühren und sich mit der anderen anfassen lassen. Dabei erfolgte ein etwas geringerer Ausschlag, als wenn nur eine Person in die Leitung eingeschaltet war. Darauf haben wir nach und nach weitere Personen dazwischentreten, sie also eine Kette bilden lassen. Es war dabei ein stetes Abnehmen des Ausschlages um je zwei Skalenteile zu beobachten, ebenso bei Verkürzung der Kette um je eine Person ein Wiederansteigen der Stromstärke in genau gleichem Maße. Es würde das auf weiter nichts schließen lassen als auf eine allmähliche Vergrößerung und nachher wieder Verringerung des Widerstandes im Stromkreis. Extraströme aber, die ihre Ursache in der Berührung der Haut zweier Individuen haben könnten, sind mit diesem Versuche nicht nachweisbar. Es fehlt also für eine elektromotorische Erklärung mancher neurologisch bemerkenswerten Erscheinungen besonders aus dem Gebiet der Hypnose, z. B. der Wirkung des Händeauflegens, bisher jede Grundlage.

Im vorstehenden haben wir versucht, auf dem von von Tarchanoff, Sticker und Sommer verfolgten Wege weiter vorwärts zu kommen, indem die Möglichkeit der Messung der Ströme, die bei Einschaltung des Körpers in eine metallische Leitung zustande kommen, durch physikalisch richtige Beschaffenheit der Elektroden wesentlich verbessert wurde.

Das methodisch und technisch Wesentliche dabei ist die Feststellung, daß die Hände eine ziemlich genau bestimmbare Stellung in der Spannungsreihe, nämlich ungefähr zwischen Kupfer und Antimon, einnehmen.

Völlige Bestimmtheit hierüber kann nur durch weitere physikalische Prüfung mit noch genaueren Methoden, als sie uns zu Gebote standen, gewonnen werden. Auch bedarf die Frage, ob dies ausschließlich für die Haut des Lebenden zutrifft, einer eingehenden Untersuchung, die wir bisher aus äußeren Gründen nicht vornehmen konnten.

Von den Einzelresultaten ist besonders die häufige Differenz der rechten und linken Hand, ferner die Tagesschwankung von Interesse. Jedenfalls lassen sich die bei der Berührung der Hände mit metallisch verbundenen Elektroden entstehenden Ströme nunmehr bedeutend besser messen und vergleichen, als es früher der Fall war.

---

Die vorstehenden Untersuchungen wurden von R. Fürstenau im physikalischen Institut des Herrn Professor Dr. Drude in Berlin, der auf Bitte von Professor Sommer wesentlich bessere technische Hilfsmittel freundlichst zur Verfügung stellte, nachgeprüft. Das Resultat stimmt mit dem Vorstehenden in dem Hauptpunkt überein, daß die Haut tatsächlich eine bestimmte Stellung in der Spannungsreihe hat; allerdings hat sich diese bei den feineren Untersuchungsmitteln und Verwendung von einwandfreien Materialien als eine etwas andere herausgestellt, als wir sie hier mit unseren einfacheren Apparaten feststellen konnten. Bericht darüber wird an anderer Stelle erstattet werden.

---

II.

# Die ärztliche und erziehliche Behandlung von Schwachsinnigen (Debilen und Imbezillen) in Schulen und Anstalten und ihre weitere Versorgung.

Von Dr. med. **Leopold Laquer,** Frankfurt a. M.

Wie dringend notwendig auch die Schaffung von weiteren Anstaltsräumen für die Unterbringung jener großen und stetig wachsenden Zahl von Geisteskranken erscheint, die ärztlicher Beobachtung und Pflege bedürfen, so müssen wir doch bekennen, daß sich die ärztliche Fürsorge auf dem Gebiete der Seelenstörungen mit der Tätigkeit an Irrenheil- und Pflegeanstalten sowie an Versorgungshäusern für Trinker, Epileptiker und Idioten nicht erschöpft. Von den Erkrankungen des Gehirns, mit denen sich die Psychiatrie beschäftigt, werden sehr häufig Individuen betroffen, die schon im kindlichen Alter auffällige Mängel in ihren Hirnfunktionen zeigten. Über ihren Lebens- und Entwicklungsgang eine psychiatrisch wertvolle Auskunft zu geben, waren bis vor wenigen Jahren fast immer nur Laien: Eltern, Seelsorger, Lehrer und sonstige Erzieher in der Lage. Die Unsicherheit und Lückenhaftigkeit solcher Beobachtungen ist ja allen Ärzten zur Genüge bekannt. Wie die Psychiater haben auch Staat und Gemeinde ein Interesse daran, mit wissenschaftlichen Mitteln festzustellen, auf welchem Boden die Geisteskrankheit erwachsen ist. — Ähnlich müssen sich die Organe der ärztlichen Forschung und der sozialen Fürsorge zu der Frage stellen, was aus den Geisteskranken wird, wenn sie die Irrenanstalten verlassen haben.

Wenn diese beiden Fragen seitens der Ärzte eine eingehende und erschöpfende Berücksichtigung gefunden haben werden, dann könnten wesentliche Gründe für die Überfüllung der Anstalten zu beseitigen sein. Auch eine Vertiefung psychiatrischer Erkenntnis und Vorhersage und eine Förderung des Volkswohls durch Kräftigung der Generation, Verhütung der Degeneration dürfte in ferner Zukunft die weitere Folge werden. Endlich müßte eine Entlastung des Haushalts aller städtischen und staatlichen Verbände als das praktische Ergebnis aller dahinzielenden Arbeiten in Erscheinung treten.

Nur die erste der beiden aufgeworfenen Fragen, nämlich: Inwieweit angeborene und früherworbene Mängel der Hirntätigkeit: Debilität, Imbezillität und früh — etwa in der Schulzeit — einsetzender Schwachsinn ärztlicher Beobachtung, Behandlung und Versorgung außerhalb der Irrenanstalten zugänglich zu machen sind, soll uns hier beschäftigen.

Die zweite Frage: Die Leitung des Geschickes von erwachsenen Geisteskranken, die mit mehr oder minder erheblichem Defekt geheilt worden sind und dann zwar der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, aber unter ärztlich und sozial geschützte Verhältnisse zu bringen sind, gehört nicht in den Rahmen der folgenden Ausführungen.

Es wird übrigens bei der Lösung der ersten Frage auch zu zeigen sein, daß nicht blos die wissenschaftliche und praktische Irrenheilkunde, soweit sie sich aus Anstaltsbeobachtungen zusammensetzt, und die Armenfürsorge an der frühzeitigen Erkennung und pädagogischen Berücksichtigung des kindlichen und jugendlichen Schwachsinns ein Interesse haben, sondern daß auch die Rechtspflege und Heeresverwaltung davon erheblichen Nutzen ziehen dürften. Auch soll hier der Versuch gemacht werden, an der Hand von Erfahrungen aus der Privatpraxis, die Unterweisung, Erziehung und berufliche Ausbildung von Debilen und Imbezillen aus mittleren und besseren Ständen durch Vorführung der geeigneten Mittel und Wege zu fördern.

* * *

## Ärztliche Feststellung des Schwachsinns in den Unterstufen der Volksschulen.

Als ich in den Jahren 1901 und 1902 als Städtischer Schularzt zu Frankfurt a. M. die Bedeutung der ärztlichen Tätigkeit an Schulen für die schwachbefähigten und schwachsinnigen Schulkinder in zwei Abhandlungen klarlegte, hatte ich kaum zu hoffen gewagt, wie schnell sich auf meine Anregung hin das ärztliche Interesse für das dabei zur Verfügung stehende neurologisch-psychiatrische Tatsachenmaterial entwickeln, und wie rasch sich die Erkenntnis von der Notwendigkeit der ärztlichen Beobachtung und Versorgung minderwertiger Schüler in Deutschland verbreiten würde. Aus der alljährlich wachsenden medizinischen Literatur über die schwachsinnigen Schulkinder ersehe ich, daß man allerorten bei den Schulbehörden sowohl wie auf pädagogischer und ärztlicher Seite den großen Wert der durch die Ärzte auf diesem Gebiet gewonnenen Ergebnisse anerkannt hat.

Trotz der interessanten Versuche Thiemichs, an Kindern durch Prüfung ihrer sensorischen und sensiblen Apparate schon vor

Beginn des schulpflichtigen Alters jene mäßigen Grade der angeborenen geistigen Minderwertigkeit festzustellen, die wir als Debilität und Imbezillität bezeichnen. möchte ich an der früher sc.on ansgesprochenen Ansicht festhalten, daß erst die Leistungen in den ersten Schuljahren uns einen Einblick in die Art und in das Wesen dieser Krankheitsformen gewähren können.

Der Stabsarzt Ernst Rodenwaldt hat bekanntlich Untersuchnngen an Rekruten und gedienten Mannschaften des deutschen Heeres über ihr geistiges Inventar gemacht. Es kann nicht wnnder nehmen, wenn wir gegenüber dem von Rodenwaldt festgestellten auffälligen Tiefstande des Wissensschatzes und der großen Menge nicht erwarteter Defekte bei jngendlichen Militärpersonen mit Volksschulbildung Defektprüfungen an Kindern, die noch gar keinen Schulunterricht genossen haben, als wertlos ansehen müssen. — Die Geringfügigkeit der kindlichen Erfahrungen, die Spracharmut und die Langsamkeit der Reaktionen in den ersten Lebensjahren wird die Untersuchung kindlicher noch nicht schulfähiger Individuen ins Unermeßliche steigern. Diese meine Überzeugung wird bestätigt durch einige sehr wertvolle Untersuchungen, die in dem Jahresbericht der Pestalozzischule (Simultane Bürgerschule für Knaben und Mädchen zu Frankfurt a. M., Schuljahr 1905/06) mitgeteilt worden sind: Der Umstand, daß auch viele normale Schüler der Volksschnlen außerordentlich arm an Vorstellungen und Sprache in die Schule eintreten, ist Veranlassnng gewesen, in den Aufnahmeklassen 1905 durch eine Einzelprüfung der neueintretenden Schüler festzustellen, welchen Vorstellungsschatz sie aus dem Elternhaus mitbringen. Das in weiteren Kreisen wenig bekannte Ergebnis dieser Analyse des kindlichen Gedankenkreises, wie sie in ähnlicher Weise in Rothenditmold, Annaberg und Weimar vorgenommen worden ist, soll durch nachstehende Übersicht mitgeteilt werden.

Übersicht A gibt in Spalte 5 und 6 das Ergebnis der Analyse der Schulen zu Rothenditmold und Annaberg im Vergleich an. Hierzu sei noch bemerkt, daß in Rothenditmold und Annaberg nur zwischen Vorhandensein und Nichtvorhandensein der betr. Vorstellungen unterschieden worden ist. In Spalte 7, 8 und 9 sind die Prüfungsergebnisse bei den drei besten, in Spalte 10, 11 und 12 die bei den drei schwächsten Schülern mitgeteilt. + bezeichnet eine brauchbare, — eine unklare und 0 eine fehlende Vorstellung. — Übersicht B zeigt, wie viele brauchbare (a), unklare (b) und nicht vorhandene (c) Vorstellungen jeder einzelne der 51 geprüften Schüler von den zur Prüfung gestellten 116 Objekten hatte.

Zu prüfen waren 51 Schüler, denen 116 Einzelfragen über Objekte aus den Gebieten: Religion, Tierreich, Pflanzenreich, Naturereignisse, Zahlenanschauung, Münzen, Farben, Heimat, Soziales, Sprachliches usw. vorgelegt wurden. Das Ergebnis war kein besonders glänzendes. Nur zwei von den 51 Schülern brachten es auf je 102 brauchbare Vorstellungen. Bei den übrigen fiel die Zahl der brauchbaren Vorstellungen auf 90, 80, 70 usw.

Ein Schüler hatte deren sogar nur fünf aufzuweisen, denen 103 nicht vorhandene Vorstellungen gegenüberstanden. Was die einzelnen Gegenstände betrifft, so konnten z. B. sämtliche 51 Kinder über die beiden Begriffe: **Bierflasche**, **Äpfelwein** richtige Vorstellungen äußern; während nur ein Kind imstande war, die Frage nach der **Biene**, deren süßes Produkt gewiß schon viele unter ihnen versucht hatten, zu beantworten.

Übersicht A.: (Frage und Antwort)

| 1 | 2 | 3 | | | 4 | | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nr. des Schülers | Objekt | Die betr. Vorstellung hatten von 51 Schülern | | | Die Ergebnisse in Spalte 3 in % ausgedrückt | | | Rothenditmold | Annaberg | Prüfungsergebnis bei den Schülern Nr. der Übersicht B | | | | | |
| | | brauchbar a | unklar b | gar nicht c | a | b | c | | | 49 | 27 | 9 | 31 | 8 | 26 |
| | I. Religiöses. | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Gott | 17 | 23 | 11 | 33 | 45 | 22 | 89 | 59 | + | + | + | — | — | . |
| 2 | Jesus | 12 | 24 | 15 | 24 | 47 | 29 | 54 | 16 | + | + | + | — | — | . |
| 3 | Himmel | 15 | 3 | 33 | 29 | 6 | 65 | | | + | + | + | 0 | 0 | . |
| 4 | Hölle | 9 | 2 | 40 | 18 | 4 | 78 | | | + | — | + | 0 | 0 | . |
| 5 | Morgengebet | 7 | — | 44 | 14 | — | 86 | 29 | | + | + | + | 0 | 0 | . |
| 6 | Mittagsgebet | 5 | — | 46 | 10 | — | 90 | 29 | | + | + | 0 | 0 | 0 | . |
| 7 | Abendgebet | 20 | — | 31 | 39 | — | 61 | 59 | | + | + | 0 | 0 | 0 | . |
| 8 | Geistliches Lied | 1 | — | 50 | 2 | — | 98 | — | | + | 0 | 0 | 0 | 0 | . |
| 9 | Trauung | — | — | 51 | — | — | 100 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | Hochzeit | 24 | 2 | 25 | 47 | 4 | 49 | 54 | 23 | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 11 | Begräbnis | 35 | 2 | 14 | 69 | 4 | 27 | | | + | + | + | 0 | — | 0 |
| 12 | Sonntagsschule | 6 | — | 45 | 12 | — | 88 | | | 0 | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | II. Tierreich. | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Hase | 49 | — | 2 | 96 | — | 1 | 81 | 16 | + | + | + | + | + | 0 |
| 14 | Schaf | 42 | — | 9 | 82 | — | 18 | 95 | 33 | + | + | + | + | 0 | 0 |
| 15 | Ziege | 39 | — | 12 | 76 | — | 24 | 88 | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 16 | Kuh | 45 | — | 6 | 88 | — | 12 | | | + | + | + | + | + | 0 |
| 17 | Esel | 38 | 3 | 10 | 75 | 6 | 20 | | | + | + | + | + | 0 | 0 |
| 18 | Gans | 15 | 12 | 24 | 29 | 24 | 47 | 100 | 40 | + | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | Ente | 19 | 13 | 19 | 37 | 25 | 37 | 95 | | + | + | + | + | + | 0 |
| 20 | Schwein | 11 | 3 | 37 | 22 | 6 | 73 | | | + | 0 | + | + | + | 0 |
| 21 | Storch | 4 | 2 | 45 | 8 | 4 | 88 | | | + | 0 | + | 0 | 0 | 0 |
| 22 | Hahn | 44 | 3 | 4 | 86 | 6 | 8 | 100 | | + | + | + | + | 0 | 0 |
| 23 | Huhn | 17 | 22 | 12 | 33 | 43 | 24 | 97 | 28 | + | + | + | + | 0 | 0 |
| 24 | Frosch | 39 | 1 | 11 | 76 | 2 | 22 | 80 | 24 | + | + | + | + | 0 | 0 |
| 25 | Fisch | 27 | 1 | 22 | 53 | 2 | 43 | 68 | 20 | + | + | + | + | 0 | 0 |
| 26 | Schmetterling | 11 | — | 40 | 22 | — | 78 | 98 | 49 | + | 0 | + | 0 | 0 | 0 |
| 27 | Biene | 1 | — | 50 | 2 | — | 98 | 86 | 9 | + | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 28 | Schnecke | 14 | 4 | 33 | 27 | 8 | 65 | 100 | 31 | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| | III. Pflanzenreich | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | Veilchen | 49 | — | 2 | 96 | — | 4 | 84 | | + | + | + | + | 0 | 0 |
| 30 | Schlüsselblume | 30 | 1 | 20 | 59 | 2 | 39 | 77 | | + | + | + | + | 0 | 0 |

Fortsetzung der Tabelle von S. 211.

| 1 | 2 | 3 | | | 4 | | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nr. des Schülers | Objekt | Die betr. Vorstellung hatten von 51 Schülern | | | Die Ergebnisse in Spalte 3 in % ausgedrückt | | | Rothenditmold | Annaberg | Prüfungsergebnis bei den Schülern Nr. | | | | | |
| | | brauchbar | unklar | gar nicht | | | | | | 19 | 27 | 9 | 31 | 8 | 26 |
| | | a | b | c | a | b | c | | | der Übersicht B | | | | | |
| 31 | Rose | 47 | 1 | 3 | 92 | 2 | 6 | 86 | | + | + | + | + | 0 | 0 |
| 32 | Tulpe | 23 | — | 28 | 45 | — | 55 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 33 | Kastanienbaum | 29 | 1 | 21 | 57 | 2 | 41 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 34 | Brennessel | 21 | — | 30 | 41 | — | 59 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 35 | Orange | 39 | 1 | 11 | 76 | 2 | 22 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 36 | Zitrone | 29 | 6 | 16 | 57 | 12 | 31 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 37 | Wiese | 28 | — | 23 | 55 | — | 45 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 38 | Heu | 17 | 4 | 30 | 33 | 8 | 59 | 94 | 36 | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 39 | Tannenwald | 6 | 2 | 43 | 12 | 4 | 84 | 84 | | + | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 40 | Eichbaum | 6 | 2 | 43 | 12 | 4 | 84 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| | IV. Naturereignisse. | | | | | | | | | | | | | | |
| 41 | Mondaufgang | 31 | — | 20 | 61 | — | 39 | | | 0 | + | + | 0 | + | 0 |
| 42 | Sonnenuntergang | 30 | — | 21 | 59 | — | 41 | 46 | | + | + | + | 0 | + | 0 |
| 43 | Mondphasen | 27 | — | 24 | 53 | — | 47 | 61 | 28 | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 44 | Sternenhimmel | 33 | — | 18 | 65 | — | 35 | 97 | 62 | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 45 | Gewitter | 40 | — | 11 | 78 | — | 22 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 46 | Blitz | 45 | — | 6 | 88 | — | 12 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 47 | Donner | 45 | — | 6 | 88 | — | 12 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| | Va. Zählen bis | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | 3 | 49 | — | 2 | 96 | — | 4 | 100 | | + | + | + | + | + | 0 |
| 49 | 5 | 46 | — | 5 | 90 | — | 10 | 98 | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 50 | 10 | 44 | — | 7 | 86 | — | 11 | 93 | 66 | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 51 | 20 | 36 | — | 15 | 71 | — | 29 | 57 | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 52 | 50 | 19 | — | 32 | 37 | — | 63 | 14 | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 53 | 100 | 13 | — | 38 | 25 | — | 75 | 5 | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| | Vb. Zahlenanschauung. | | | | | | | | | | | | | | |
| 54 | 1 | 50 | — | 1 | 98 | — | 2 | 100 | | + | + | + | + | + | 0 |
| 55 | 2 | 46 | — | 5 | 90 | — | 10 | 98 | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 56 | 3 | 38 | | 13 | 75 | — | 25 | 89 | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 57 | 4 | 30 | — | 21 | 59 | — | 41 | 63 | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 58 | 5 | 25 | — | 26 | 49 | — | 51 | 21 | | + | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 59 | 6 | 11 | — | 40 | 22 | | 78 | 17 | | + | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 60 | 7 | 6 | — | 45 | 12 | — | 88 | 5 | | + | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 61 | 8 | 5 | — | 46 | 10 | — | 90 | | | + | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | VI. Münzen. | | | | | | | | | | | | | | |
| 62 | 1 Pfennig | 47 | — | 4 | 92 | | 8 | 84 | | + | + | + | + | 0 | 0 |
| 63 | 2 Pfennig | 46 | — | 5 | 90 | — | 10 | 59 | | + | + | + | + | 0 | 0 |
| 64 | 5 Pfennig | 42 | — | 9 | 82 | — | 18 | 50 | | + | + | 0 | + | 0 | 0 |

**Fortsetzung der Tabelle von S. 212.**

| 1 | 2 | 3 | | | 4 | | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nr. des Schülers | Objekt | Die betr. Vorstellung hatten von 51 Schülern | | | Die Ergebnisse in Spalte 3 in % ausgedrückt | | | Rothenditmold | Annaberg | Prüfungsergebnis bei den Schülern Nr. | | | | | |
| | | brauchbar | unklar | gar nicht | | | | | | 49 | 27 | 9 | 31 | 8 | 26 |
| | | a | b | c | a | b | c | | | Der Übersicht B | | | | | |
| 65 | 10 Pfennig | 38 | — | 13 | 75 | — | 25 | 57 | | + | + | 0 | + | 0 | 0 |
| 66 | 1 Mark | 32 | — | 19 | 63 | | 37 | 43 | | + | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 67 | 2 Mark | 28 | — | 23 | 55 | — | 45 | 7 | | + | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | VII. Zeiteinteilung. | | | | | | | | | | | | | | |
| 68 | Ablesen der Zeit von der Uhr | 5 | 4 | 42 | 10 | 8 | 82 | 7 | | + | — | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 69 | Wochentage | 17 | 19 | 15 | 33 | 37 | 29 | 21 | | + | — | + | 0 | 0 | 0 |
| 70 | Jahreszeiten | 5 | 10 | 36 | 10 | 20 | 71 | 13 | 3 | — | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 71 | gestern | 7 | — | 44 | 14 | — | 86 | | | + | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 72 | heute | 15 | — | 36 | 29 | — | 71 | | 11 | + | + | 0 | 0 | + | 0 |
| 73 | morgen | 6 | — | 45 | 12 | — | 88 | | 8 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | VIII. Farben. | | | | | | | | | | | | | | |
| 74 | gelb | 31 | 15 | 5 | 61 | 29 | 10 | 77 | | + | + | + | — | + | 0 |
| 75 | grün | 38 | 12 | 1 | 75 | 24 | 2 | 71 | | + | + | + | — | + | 0 |
| 76 | blau | 19 | 29 | 3 | 37 | 57 | 6 | 81 | | + | + | — | — | — | 0 |
| 77 | rot | 36 | 14 | 1 | 71 | 27 | 2 | 88 | | + | + | + | + | + | 0 |
| 78 | violett | 2 | 17 | 32 | 4 | 33 | 63 | — | | 0 | + | 0 | 0 | — | 0 |
| 79 | schwarz | 47 | 3 | 1 | 92 | 6 | 2 | | | + | + | + | + | + | 0 |
| | IX. Heimat. | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 | Polizeirevier | 33 | — | 18 | 65 | — | 35 | | | + | + | 0 | 0 | + | 0 |
| 81 | Post | 27 | — | 24 | 53 | — | 47 | 77 | | + | + | + | 0 | + | 0 |
| 82 | Apotheke | 6 | 1 | 44 | 12 | 2 | 86 | 79 | | 0 | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 83 | Kirche | 32 | — | 19 | 63 | — | 37 | 86 | | + | + | + | 0 | + | 0 |
| 84 | Friedhof | 49 | — | 2 | 96 | — | 4 | 89 | | + | + | + | + | + | 0 |
| 85 | Trambahndepot | 23 | — | 28 | 45 | — | 55 | | | 0 | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 86 | Saal zur Lilie[1] | 45 | — | 6 | 88 | — | 12 | | | 0 | + | + | + | 0 | 0 |
| 87 | Name der Pestalozzischule | 36 | — | 15 | 71 | — | 29 | | | — | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 88 | Name der Kirchnerschule | 18 | — | 33 | 35 | — | 65 | | | + | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 89 | Park | 49 | — | 2 | 96 | — | 4 | | | + | + | + | + | + | + |
| 90 | Trambahnfahrt | 47 | — | 4 | 92 | — | 8 | 93 | | + | + | + | + | + | + |
| 91 | Main | 35 | — | 16 | 69 | — | 31 | | | — | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 92 | Floß | 7 | — | 44 | 14 | — | 86 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 93 | Dampfschiff | 27 | — | 21 | 53 | — | 47 | | | — | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 94 | Boot | 18 | — | 33 | 35 | — | 65 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 95 | Brücke | 27 | — | 24 | 53 | — | 47 | 93 | | [illegible] | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 96 | Eisenbahn | 31 | | 20 | 61 | | 39 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |

[1]) Vergnügungslokal nahe der Schule.

Fortsetzung der Tabelle von S. 213.

| 1 | 2 | 3 | | | 4 | | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nr. des Schülers | Objekt | Die betr. Vorstellung hatten von 51 Schülern | | | Die Ergebnisse in Spalte 3 in % ausgedrückt | | | Rothenditmold | Annaberg | Prüfungsergebnis bei den Schülern Nr. | | | | | |
| | | brauchbar | unklar | gar nicht | | | | | | 49 | 27 | 9 | 31 | 8 | 26 |
| | | a | b | c | a | b | c | | | Der Übersicht B | | | | | |
| 97 | Lokomotive | 45 | — | 36 | 29 | | 71 | | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 98 | Eisenbahnfahrt | 17 | — | 34 | 33 | — | 67 | 80 | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 99 | Eisenbahnwärter | 3 | — | 48 | 6 | — | 94 | | | + | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 100 | Bergen [1]) | 25 | — | 26 | 49 | — | 51 | | | 0 | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 101 | Seckbach [1]) | 48 | — | 3 | 94 | — | 6 | | | + | + | + | + | + | 0 |
| 102 | Offenbach [1]) | 13 | — | 38 | 25 | — | 75 | | | 0 | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 103 | Röderwald [1]) | 44 | — | 7 | 86 | — | 14 | | | 0 | + | + | + | 0 | 0 |
| 104 | Friedberger Warte [1]) | 19 | — | 32 | 37 | — | 63 | | | 0 | + | + | 0 | 0 | 0 |
| | X. Soziales. | | | | | | | | | | | | | | |
| 105 | Vater | 42 | 3 | 6 | 82 | 6 | 12 | 80 | | + | + | + | + | + | 0 |
| 106 | Stand desselben | 48 | 2 | 21 | 155 | 4 | 41 | 88 | | + | + | + | — | 0 | 0 |
| 107 | Wohnung | 42 | — | 9 | 182 | — | 18 | 84 | | 0 | + | + | + | + | 0 |
| 108 | Bierflasche | 51 | — | — | 00 | — | — | 77 | | + | + | + | + | + | + |
| 109 | Äpfelwein | 51 | — | — | 00 | — | — | | | + | + | + | + | + | + |
| 110 | Branntwein | 49 | — | 2 | 96 | — | 4 | 55 | | + | + | + | + | + | 0 |
| 111 | Selterswasser | 49 | — | 2 | 96 | — | 4 | | | + | + | + | + | + | + |
| 112 | Tanzsaal | 33 | — | 18 | 65 | — | 35 | 80 | | + | 0 | + | 0 | + | 0 |
| | XI. Sprachliches. | | | | | | | | | | | | | | |
| 113 | Märchen | 9 | — | 42 | 18 | — | 82 | 18 | 5 | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 114 | Verschen | 5 | — | 46 | 10 | — | 90 | 18 | 10 | + | 0 | + | 0 | 0 | 0 |
| 115 | Satznachsprechen | 36 | 1 | 14 | 71 | 2 | 27 | 100 | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |
| 116 | Ton nachsingen | 23 | — | 28 | 45 | — | 55 | 68 | | + | + | + | 0 | 0 | 0 |

Übersicht B: (Leistungen der einzelnen Schüler.)

| Nr. des Schülers | Vorstellungen | | | Nr. des Schülers | Vorstellungen | | | Nr. des Schülers | Vorstellungen | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | brauchbar | unklar | nicht vorhanden | | brauchbar | unklar | nicht vorhanden | | brauchbar | unklar | nicht vorhanden |
| | a | b | c | | a | b | c | | a | b | c |
| 1 | 74 | 5 | 37 | 18 | 64 | 8 | 44 | 35 | 71 | 3 | 42 |
| 2 | 83 | 6 | 27 | 19 | 72 | 9 | 35 | 36 | 69 | 8 | 39 |
| 3 | 68 | 4 | 44 | 20 | 74 | 2 | 40 | 37 | 36 | 2 | 78 |
| 4 | 72 | 4 | 40 | 21 | 70 | 5 | 41 | 38 | 50 | 9 | 57 |
| 5 | 63 | 5 | 48 | 22 | 35 | 2 | 79 | 39 | 84 | 2 | 33 |
| 6 | 58 | 9 | 49 | 23 | 41 | 4 | 71 | 40 | 74 | 3 | 39 |
| 7 | 79 | 8 | 39 | 24 | 58 | 4 | 54 | 41 | 65 | 8 | 43 |
| 8 | 26 | 5 | 84 | 25 | 51 | 10 | 55 | 42 | 58 | 4 | 54 |
| 9 | 89 | 1 | 26 | 26 | 5 | 0 | 103 | 43 | 74 | 6 | 36 |
| 10 | 58 | 5 | 53 | 27 | 102 | 3 | 11 | 44 | 72 | 6 | 38 |
| 11 | 53 | 4 | 59 | 28 | 42 | 11 | 62 | 45 | 64 | 6 | 46 |
| 12 | 85 | 8 | 23 | 29 | 44 | 5 | 67 | 46 | 35 | 4 | 77 |
| 13 | 60 | 9 | 47 | 30 | 61 | 4 | 51 | 47 | 65 | 5 | 46 |
| 14 | 43 | 6 | 67 | 31 | 33 | 6 | 77 | 48 | 73 | 5 | 38 |
| 15 | 35 | 4 | 77 | 32 | 53 | 9 | 54 | 49 | 102 | 1 | 13 |
| 16 | 87 | 5 | 24 | 33 | 36 | 5 | 75 | 50 | 62 | 6 | 48 |
| 17 | 74 | 6 | 36 | 34 | 68 | 10 | 38 | 51 | 55 | 3 | 58 |

[1]) Örtlichkeiten nahe der Stadt Frankfurt a. M.

Wenn wir in diesen Tabellen die geringe Zahl von Vorstellungen der Schulrekruten berücksichtigen, die diese aus dem Hause für die Volksschule mitgegeben wird, so werden wir wohl zu dem Schluß kommen müssen, daß die angeborene Minderwertigkeit am sichersten erst durch die Ergebnisse des Unterrichts in dem ersten und zweiten Schuljahre festgestellt werden wird.

Dagegen ist die Einführung von Schulärzten in den Volksschulen (Bürgerschulen) in erster Reihe wegen der frühzeitigen Erkennung von Minderwertigen ein dringendes Bedürfnis. Es gibt ja jetzt schon, wo das Institut der Schulärzte und zwar zumeist nach Wiesbadener Muster kaum ein Jahrzehnt besteht — ihre Zahl beträgt nach Schubert 550 in über 100 deutschen Städten —, Stimmen, die viele in den Dienstordnungen vorgesehene anderweitige Bemühungen der Schulärzte als erfolglos ansehen: Es macht sich vielfach die Meinung geltend, daß mit der ziemlich kurzen körperlichen Untersuchung der Neueingetretenen, ihrer Wägung und Messung, sowie mit der schematischen Ausfüllung und lückenhaften Weiterführung der „Gesundheitsscheine", soweit diese den körperlichen Befund betreffen, („Wiesbadener System") sehr wenig erreicht wird. Die Schulärzte müßten die Befugnis und die Mittel haben, die gefundenen körperlichen Mängel durch die geeignete Behandlung zu beseitigen. Es ist ein Verdienst des Stuttgarter Stadtarztes Dr. Gastpar, auf Grund einer gründlichen Untersuchung von 10 000 Schulkindern vor Einführung der Schulärzte dem Stuttgarter Gemeinderat Vorschläge unterbreitet zu haben, die an Stelle des Wiesbadener das „Cannstatter System" setzen möchten: Dieses besteht nach Gastpar nicht bloß in Massenuntersuchungen — sondern vor allem in der „persönlichen Bemühung des Schularztes, die krank und schwächlich befundenen Kinder in geeignete Behandlung und Pflege zu bringen unter Inanspruchnahme der kommunalen und staatlichen Kassen für die Bedürftigen" . . . . — „Es hat sich also in kurzer Zeit eine Entwicklung in der Schularztfrage vollzogen, die nicht mehr mit der Feststellung der Leiden zufrieden ist, sondern die energische Behandlung der gefundenen Schäden anstrebt. Der Schularzt ist auf dem Wege, sich eine auch im sozialen Leben außerordentlich wichtige Stellung zu erringen, indem er aus der Schule hinaustritt und als medizinischer Anwalt der Jugend für ihre gesundheitlichen Interessen kämpft", aber nur wenn es gelingt, das bislang maßgebende Wiesbadener System weiter zu entwickeln. Auch im Auslande, z. B. in Schweden und Norwegen, wo ähnliche Dienstordnungen maßgebend sind wie in Deutschland, sehen sehr viele Volksschulärzte ihre Arbeit als nicht sehr erfolgreich an, weil ihnen jegliche Initiative fehlt (s. Holst (Christiania), Rapport sur l'inspection medicale et hygienique des écoles publiques: Hygien. Congreß Brüssel 1903).

## Überweisung der Schwachsinnigen in Sonderklassen und Hilfsschulen.

Im Rahmen einer in diesem Sinne verbesserten und vervollkommneten schulärztlichen Tätigkeit, besonders von Ärzten, die sie im Hauptamte ohne Privatpraxis ausüben, wird auch ein Platz sein für sorgfältige Beobachtung und Behandlung der Minderwertigen in der Normalschule. Doch hat für sie der Schularzt bisher auch schon nach Wiesbadener Muster sehr Erspießliches zu leisten vermocht.

Die schwachsinnigen Schulkinder sind nach einer Probezeit von 1—2 Jahren in besondere Schulorganisationen, vor allem in die sogenannten „Hilfsschulen" (Hilfsklassen, dann aber auch in „Sonder-, Förder-, Wiederholungsklassen") zu überweisen. Es kommt also im wesentlichen darauf an, daß der Schularzt in den untersten Stufen der Volksschule — von dieser soll vorerst allein die Rede sein — sein Augenmerk auf diejenigen Schüler richte, deren auffällige Minderleistungen bei regelmäßigem Schulbesuch und bei relativer Unversehrtheit ihrer Sinnes- und Sprechorgane nach etwa acht- bis neunmonatlichem Unterricht für den Lehrer offenkundig geworden sind.

Die Feststellung der Grenzen zwischen einer langsamen Entwicklung des Intellekts, die keine besondere Maßnahmen in den ersten Schuljahren nötig machen und jener deutlichen angeborenen oder früh erworbenen krankhaften Intelligenzschwäche (Debilität und Imbezillität), die einen gesonderten Unterricht in Klassen mit geringer Schülerzahl (statt 60 nur 15—20) und durch besonders vorgebildete Lehrkräfte erfordert, ist recht schwer. Sie wird aber immer leichter werden, je mehr sich die pädagogische Pathologie zu einem gemeinsamen Arbeitsgebiet von Lehrern und Ärzten ausgestaltet. Bedeutungsvoll und erfreulich erscheint mir in dieser Richtung das Buch Rektor Dr. Männels: „Vom Hilfsschulwesen". Da heißt es u. a.: (S. 22)

„Der praktische Schulmann gerät durchaus nicht in ein materialistisches Fahrwasser, wenn er erklärt: Das infolge einer angeborenen oder später erworbenen Krankheit eine geistige Absonderlichkeit aufweisende und darum in der öffentlichen Volksschule nicht vorwärts kommende Kind ist nicht verantwortlich für seinen Schwächezustand; es kann unmöglich in der Normalschule geistig gefördert werden, weil sein Organismus mehr oder weniger leicht anormal ist. Mögen die Gehirnprozesse keinen direkten Anhalt dafür geben, wie das seelische Leben als solches zustande kommt, mag eine „göttliche Mitgift" zu diesen Prozessen angenommen werden: die Psychiatrie und die experimentelle Psychologie können leider zuweilen deutlich genug darlegen, daß diese göttliche Mitgift im Menschen so gering ist und dann noch dazu so sehr in organischen Schranken gehalten wird, daß ein Nichtachten oder schon ein Geringachten des nun einmal gegebenen Organischen für die Mitgift recht verhängnisvoll werden kann. Dieser Einsicht wird sich kein praktischer Schulmann verschließen können . . ."

Auf der Grundlage solcher Anschauungen ist eine Verständigung zwischen Ärzten und Lehrern über diejenigen Formen des Schwachsinns, die unmöglich in den meist überfüllten untersten Klassen der Volksschule gedeihlich weiterkommen können, eine Leichtigkeit.

Es ist nun die vornehmste Aufgabe eines Schularztes, mit Hilfe seiner eigenen neurologischen und psychiatrischen Kenntnisse den Blick des Lehrers für die geistigen und körperlichen Merkmale des Schwachsinns im Kindesalter zu schärfen, soweit dessen Erscheinungsformen noch als „schulfähig“ angesehen werden können und nicht etwa als idiotische zu betrachten und den entsprechenden Erziehungsanstalten zuzuweisen sind.

„In der Volksschulpraxis“, sagt Männel mit Recht, „handelt es sich aber nicht um wissenschaftliche Definitionen und Abgrenzungen, sondern um ein allmähliches Erkennen des Abweichens einer Kindernatur von seiner normalen Entwicklung. Und für diese Feststellung des seelischen Zustandes im Kinde gibt die Schule mit ihrem geregelten Tun und Treiben reichliche und wohl unbestritten die beste Gelegenheit. Entwickelt sich doch manches von Geburt an belastete Kind zu Hause einigermaßen wie andere Kinder, vielleicht nur außerordentlich langsam; in der Schule zeigt es sich aber den hohen Anforderungen, welche z. B. die beiden ersten Schuljahre an jedes Kind immerhin stellen, in auffälliger Weise nicht gewachsen. Entweder stellt es sich gleichgültig im Unterrichtsgange: apathisch — oder scheinbar lebhaft interessiert, jedoch ohne tiefgehende psychische Beteiligung: erethisch. Das eine Mal ermüdet das Kind auffallend leicht, zeigt ein mattes Auge, weil ihm bald alle Einzelheiten des Unterrichtsstoffes entfallen, und die ihm zur Auffassung des Gebotenen nötige Überlegung lästig wird. Bei einer Prüfung fällt dem Lehrer der überaus geringe Umfang des Wissens auf, sowie dessen Unverbundenheit zu geordneten psychischen Reihen; infolgedessen erscheint das Gedächtnis siebartig, die Urteile bleiben schwankend und die Begriffselemente unvollkommen ausgebildet. Das andere Mal ist der Schüler für den vom Lehrer gewollten Lehrgegenstand scheinbar lebhaft interessiert, merkt auch wohl gut auf, aber bald ist seine Aufmerksamkeit abgelenkt. Irgendein anderer, zufällig sich sinnlich breitmachender Gegenstand kann vom Kinde nicht übersehen und muß verfolgt werden. Eine Festhaltung der Aufmerksamkeit ist ihm nicht möglich. Schon sein zur Beweglichkeit immer neigender Körper ist ihm bei einem etwaigen inneren Vorsatze aufzumerken hinderlich . . . .“

Maennel gedenkt dann jener Kinder, die als geistig zurückgeblieben gelten, weil sie wegen Sprachgebrechen sich nicht zu äußern vermögen und fährt fort:

„Wenn an die Mannigfaltigkeit der Sprechstörungen gedacht wird, die durch Stammeln und Stottern nur im allgemeinen charakterisiert sind, oder wenn schließlich all die Hemmungen des Sprechens und zugleich des Denkens in Betracht gezogen werden, welche durch pathologische Erscheinungen in den Luftwegen entstanden sein können, so sind Gebiete angedeutet, welche dem Lehrer zeigen, wie schwer es ist, in die Erscheinungsformen der abnormen kindlichen Psyche einzudringen. Eine weitere Schwierigkeit entsteht aber, wenn dem dumm erscheinenden Kinde das redselige gegenübergestellt wird. Auch die Geschwätzigkeit kann, wie die Unruhe des Körpers, als ein Abweichen von der normalen kindlichen Entwicklung gedeutet werden. Ein mit krankhafter Geschwätzigkeit behaftetes Kind gibt zuweilen beim Unterrichten zutreffende Antworten. Der Lehrer ist dann geneigt,

den scheinbar sprachlich hochentwickelten Schüler als einen geistig befähigten zu erklären, aber nach und nach offenbart sich immer mehr ein geistloses Reden; auf die verschiedensten Aufgaben ist oft nur dieselbe Lösung und auf eine nur wenig sprachlich veränderte Frage sind wohl hundert Antworten bereit. Letztere sind dann ohne Sinn und Verstand und ähneln den sogenannten Reflexbewegungen, welche eben ausgelöst werden müssen, ohne daß höhere psychische Akte mit tätig sind."

„Zur Hebung der sich häufenden Schwierigkeiten glaubte man nun typische Erkennungszeichen der Kandidaten für die Hilfsschule, wie des Schwachsinns überhaupt, empfehlen zu können. In der Literatur finden sich Hinweise auf äußerlich leicht erkennbare Merkmale der abnormen Kindernatur. Es wird so dargestellt, als wenn die Natur dem Beobachter deutliche Fingerzeige gegeben hätte, das Innere zu ergründen. Diese Ansicht wird auch durch manche Erfahrung bestätigt. Unter den schwachbefähigten Schülern fallen dann und wann solche auf mit einem sehr großen, fast viereckig erscheinenden, oder mit einem sehr kleinen zugespitzten Kopfe; hier erkennt man einen mit ganz unsymmetrischen Schädelhälften, dort fällt das sogenannte Mongolen-, Frosch- oder Vogelgesicht auf. Da andere Erfahrungen auch Gegenteiliges lehren können, so ist man neuerdings von der Lehre der sogenannten Degenerationszeichen abgekommen. Man kann sie nicht als sichere Fährten zur Erkennung von Intelligenzmängeln benützen; sie können höchstens als Bestätigungen derselben gelten."

„Es ist ja klar, daß die Intelligenzmängel bei der Beobachtung durch den Lehrer eine große Rolle spielen. Aber sie sind nicht der einzige Maßstab für eine abnorme psychische Entwicklung im Kinde. Gewöhnlich gesellt sich zu den intellektuellen Mängeln noch ein sozialethischer oder wohl noch ein solcher auf der Seite der Gemütsbildung. Es erscheint dann das anormale Kind nicht nur geistig beschränkt, sondern auch pervers in moralischen Dingen, gesellschaftsfeindlich und gemütsroh oder allzu gemütsweich. Es macht sich als solches allerlei Verstöße gegen die guten Sitten schuldig, treibt gern das, was andere Kinder für häßlich halten, und gibt sich zuweilen auch geschlechtlichen Verirrungen hin, welche letzteren dann schließlich das Körperbefinden beeinflussen. Zur Beteiligung am Spiele mit Gleichaltrigen ist es immer erst anzutreiben. Lieber steht es brütend in den Ecken herum, als daß es freiwillig spielt. Und wenn es unter den Gespielen weilt, so gerät es oft in Affekte; entweder zeigt es sich dann leicht zum Zorne geneigt, oder es macht sich durch Rührseligkeit lästig. Auch kann der Lehrer bei abnormen Kindern eine Neigung zu Sachbeschädigungen entdecken, welche bei Gelegenheit zur Tier- und Menschenquälerei sich steigern kann . . . ."

„Ferner offenbart der anormale Schüler zuweilen einen die ganze Schule und die Eltern beängstigenden Wandertrieb. Oft ohne jede Veranlassung, oft aus Furcht vor Strafe, verläßt er seine Umgebung, streift in ihm fremden Gegenden umher und nächtigt an den ungeeignetsten Orten. Nach einer gewissen Zeit kehrt er dann in höchst verwahrlostem Zustande zurück, ohne angeben zu können, welchen Zweck er mit seinem Herumtreiben verbinden wollte. Werden alle diese Untaten und Ungehörigkeiten, deren das vorhezeichnete Kind sich schuldig macht, mit Warnungen oder Züchtigungen geahndet, so fällt dem Lehrer bald die Zwecklosigkeit einer Beeinflussung auf. Weder Worte noch Schläge haben einen erziehlichen Erfolg; selbst Lockungen und Belohnungen versagen . . . ."

Auch Weygandt, der erfahrene Psychiater und Experimentalpsychologe, legt in seinem Werkchen: „Leicht abnorme Kinder" den Ergebnissen der Intelligenzprüfung durch Fragebogen, auch andern Experimenten für die ersten beiden Schuljahre nicht so große Bedeutung

bei als den Beobachtungen des Lehrers, der sich mit dem Kinde monatelang abgiebt nnd in der Regel ein umfassenderes Urteil über den Grad der Bildnngsfähigkeit gewinnen kann, als der Spezialarzt bei einmaliger, wenn anch noch so sorgfältiger Untersnchung.

In der Auslese minderwertiger Kinder aus Normalklassen bedarf aber jeder Lehrer der ärztlichen Stütze, besonders wenn es sich darum handelt, die hisher übliche Probezeit von zwei Schuljahren abzukürzen. Denn die Schulhehörde verlangt, zumeist aus administrativen Gründen bei Schwachhefähigten zum mindesten die einmalige Wiederholung des Pensums der untersteu Stufe. Auch die Eltern wünschen sie nicht selten schon „um der lieben Eitelkeit willen“, weil sie sich davon entweder weitere Fortschritte der geistigen Entwicklung versprecheu oder auf den Wechsel der Lehrkraft — hier und da auch nicht mit Unrecht — vertrauend, mit der Zeit ein Erwecken und Erwachen der schlummernden Kräfte des Geistes erwarten.

Solange die gesetzliche Verpflichtung zum Schulbesuche schon mit dem 7. Lebensjahre einsetzt und mit dem zurückgelegteu 14. Lebensjahre nach achtjähriger Dauer endet, halte ich es für keinen Fehler, daß in irgendwie zweifelhaften Fällen von kindlichem Schwachsinn die Probe in der Normalschule zwei Jahre währe, wenn es nur dem Lehrer schon hier an der nötigen Einsicht iu das Krankhafte der Veranlagung und an der dadurch gebotenen verständnisvollen nnd menschenfreundlichen Rücksicht nicht mangelt.

Ehe wir nun das Verfahren bei Überführung der Minderwertigeu aus der Normalschule in die hesonderen Schulorganismen besprechen, müssen wir der Maunheimer Sonderklassen, Wiederholungs- oder Förderklassen gedenken, die seit 1899 von dem bekannten Stadtschulrat Dr. Sickinger in den Volksschulen ins Leben gerufen worden sind. Es ist dort die Gesamtschule in drei verschiedene Unterrichtsgänge mit entsprechenden veränderten bzw. nach Begabung bzw. Leistung abgestuften Stoffplänen eingeteilt. Der erste acht- bzw. siehenstufige Unterrichtsgang, das „Hauptklassensystem“, ist für die Schüler von normaler Förderungsfähigkeit bestimmt. Die zweite besondere Schulabteilung, das „Förderklassensystem“ mit Wiederholungs- und Abschlußklassen, hat einfachere Lehrziele als die erste und erreicht darum mit 5—6 Stufen nicht den Abschluß der unter erstens genannten Normalklasse. Diese Klassen zählen aber nur 30 Schüler und gliedern sich wieder in je zwei Unterabteilungen für schlechtere und bessere Schüler; eine Rückversetzung zur Normalschule, auch ein Austausch zwischen besseren und schlechteren Gruppen ist möglich. Sie sollen der Schonung, Individualisierung nnd Förderung der Schüler dienen auch die durch Krankheit und andere äußere Gründe, besonders Armseligkeit der häuslichen Verhältnisse, zurückgebliebenen Schüler werden

zu regelmäßigerem Schulbesuche veranlaßt und eher vorwärts gebracht. Es läßt sich auch in den Förderklassen mit Leichtigkeit erweisen, ob die Minderleistung des Schülers wirklich auf einer krankhaften Schwäche oder auf anderen Ursachen beruht, deren Beseitigung bei geringer Schülerzahl und kleineren Anforderungen möglich ist. Wenn das nicht der Fall und ein bestimmter Erfolg (Abschluß) nicht zu erhoffen ist, so tritt das Schulkind nach Anhören des Schularztes in die vierstufige Hilfsschule über, die die dritte der Mannheimer Schulorganisationen, das „Hilfsklassensystem", darstellen. Auch sie hat auf den einzelnen Stufen je zwei Parallelabteilungen.

Es muß zugegeben werden, daß die Mannheimer Zwischenstufe der „Sonderklassen" die Auswahl der Kandidaten für die Hilfsschule wesentlich erleichtert. Aber auch der Eintritt in diese Wiederholungsklassen wird von dem Ergebnis eines „Fragebogens" abhängig gemacht, der kürzer ist, wie der von mir schon früher veröffentlichte „Frankfurter Beobachtungsbogen" (Aug. Weisbrod'sche Buchdruckerei in Frankfurt a/M.). Er ist nach ärztlichen und pädagogischen Gesichtspunkten angeordnet.

Gegen die Dr. Sickingerschen Vorschläge haben sich gewisse Bedenken seitens der Schulaufsichtsbehörden und Schulleiter erhoben, die eine Belastung des Schuletats befürchten und das Prinzip der sogenannten „Qualitätsklassen" nicht gern weiter führen wollen als bis zur Trennung der Schüler in solche für Normalschulen und für Schwachsinns- oder Hilfsschulen.

Das Mannheimer Schulsystem wurde z. B. (s. Monatsbl. f. Schulaufsicht, Febr. 1906) mit Bezugnahme auf oldenburgische Schulverhältnisse vom Vorsitzenden des Landeslehrervereins beleuchtet: die Versammlung erklärte sich gegen das Mannheimer System, indem sie folgenden Leitsätzen des Berichterstatters zustimmte: 1. Tatsache ist, daß die Befähigung der Kinder für die Unterrichtsarbeit sehr verschieden ist; 2. daraus folgt zwar, daß die die Volksschule besuchenden Kinder innerhalb des schulpflichtigen Alters nicht nach einem ganz gleichen Ziele geführt werden können; 3. aber daraus folgt nicht, daß außer der Trennung nach Jahresstufen auch noch eine Trennung nach der Leistungsfähigkeit nötig ist. 4. Die Erfahrung lehrt vielmehr, daß Kinder von verschiedener Leistungsfähigkeit sehr wohl in derselben Abteilung genügend gefördert und ihren Kräften gemäß angestrengt werden können. 5. Bedingungen sind: mäßige Anforderungen in den Lehrzielen, milde Versetzungspraxis, Herabsetzung der zulässigen Schülerzahl, Nachhilfestunden, Unentgeltlichkeit der Lehr- und Lernmittel, besondere Fürsorge für arme Kinder (warme Milch zum Frühstück, Mittagtisch in der Volksküche), Absonderung der abnorm Schwachen durch Einrichtung von Hilfsklassen. 6. Es ist im allgemeinen nicht zweckmäßig, daß auch für die normal Schwachen ein Sonderunterricht eingeführt wird. 7. Eine solche Einrichtung würde die Selbständigkeit der Einzelschulen zerstören und damit insbesondere den erziehlichen Einfluß, den die Volksschule ausüben soll, schädigen. 8. Das Mannheimer Schulsystem, wie es ursprünglich geplant war und auch jetzt noch verbreitet wird, ist ohne Vergewaltigung gar nicht durchführbar, weil die Grenzlinie zwischen besser Befähigten und schwach Befähigten nicht mit genügender Sicherheit festgelegt werden kann (?).

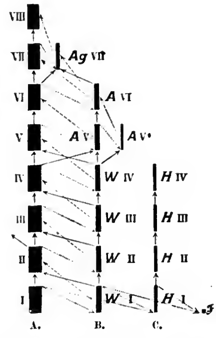
Aber mein persönlicher Eindruck, den ich im März 1906 durch Teilnahme an den Unterrichtsstunden in Mannheim gewonnen habe und die Rücksprache mit Dr. Sickinger und dem Leiter der Förder- und Hilfsklasse Oberlehrer M. Lutz haben, soweit ich als Laie in der Pädagogik alle in Betracht kommenden Momente zu beurteilen vermag, manche dieser Bedenken zerstreut, die ich vorher ebenfalls gehabt und gelegentlich wohl auch auf ärztlichen Versammlungen ausgesprochen hatte.

Dr. Sickinger sagt über seine Schöpfung, die so segensreich wirken konnte, weil die Badische Oberschulbehörde sehr schnell die Bedeutung der Reformgedanken anerkannt hatte, folgendes:

„Die drei Kategorien von Klassen — Hauptklassen, Förderklassen, Hilfsklassen — sind organische Bestandteile der einen unentgeltlichen Volksschule. Zwischen ihnen besteht eine enge Wechselbeziehung insofern, als Schüler bei eintretender Verbesserung oder Verschlechterung in ihrem Fortkommen von der einen Kategorie in die andere übertreten können, ausnahmsweise sogar während des Jahres. Den Förderklassen und Hilfsklassen sind mit Rücksicht auf ihre eigenartige Zusammensetzung folgende Vergünstigungen zugewiesen: geringere Klassenfrequenz; für den Unterricht und die Behandlung Schwacher besonders geeignete Lehrer, die mit ihren Zöglingen möglichst von Stufe zu Stufe emporsteigen; Beschränkung des Lehrstoffes auf das Wesentlichste; ferner der sogenannte sukzessive Abteilungsunterricht, der neben dem Klassenunterricht in einzelnen Stunden noch gesonderten Gruppenunterricht ermöglicht; endlich bevorzugte Teilnahme an den der Schule angegliederten Wohlfahrtseinrichtungen (warmes Frühstück, Ferienkolonie usw.).

Das Zahlenverhältnis zwischen den Hauptklassen und Förderklassen erhellt aus folgenden Angaben: Im Schuljahr 1904/05 beträgt die Gesamtzahl der Schüler (Hauptklassen und Förderklassen) in der Altstadt, wo die Neuordnung durchgeführt ist, 15220. Davon entfallen auf die Hauptklassen 13782, auf die Förderklassen 1437 Schüler — 9,4 % der Gesamtheit. Die Gesamtzahl der Klassen beträgt 348; davon sind Hauptklassen 301, Förderklassen 47 — 13 % der Gesamtheit. Die durchschnittliche Besetzung der Haupt- und Förderklassen zusammengenommen (15220 : 348) beträgt 43—44 Köpfe. 301 Klassen à 45—46 Schüler und 47 Klassen à 30—31 Schüler ergibt ungefähr die gleiche Rechnung wie 348 Klassen à 43—44 Schüler. Daraus ist klar zu erkennen: Die geringere Besetzung der 47 Förderklassen wird ohne Mehraufwand dadurch gewonnen, daß unter Anwendung eines freieren Modus der Schülereinweisung in die vorhandenen Schulhäuser die 301 Hauptklassen um je zwei Köpfe stärker besetzt werden. Die durchgeführte Abstufung der Parallelabteilungen in Haupt- und Förderklassen ist also nicht kostspieliger, als die uniforme Gestaltung der Parallelabteilungen. Die Ergebnisse des Unterrichts und namentlich der Erziehung sind viel wertvollere. Durch die Individualisierung des Stufenunterrichts wird dafür gesorgt, daß dem obligatorischen Charakter der Volksschule entsprechend auch die schwachen und schwächsten Kräfte planvoll und intensiv entwickelt und für das Ganze nutzbar gemacht werden, ohne daß die leistungsfähigeren Elemente in ihrer Entwicklung und Arbeit aufgehalten werden."

Das folgende, der Sickingerschen Darstellung entnommene Schema erläutert die ebengenannte Dreiteilung der Mannheimer Volksschule.




A. Hauptklassensystem (acht- bzw. siebenstufig)
B. Förderklassensystem (sechs- bzw. fünfstufig)
C. Hilfsschule (vierstufig)

*Ag* VII = Abgangsklasse
*A* = Abschlußklassen
*W* = Wiederholungsklassen
*H* = Hilfsklassen
} Sonder-klassen

Die Länge der die einzelnen Klassenstufen darstellenden Striche bedeutet die Dauer eines Unterrichtsjahres.

←——— = Einweisung der regelmäßig promovierten Schüler.
← – – – – = Versetzung der während des Schuljahres promovierten Schüler, etwa nach ½ Jahr, in die nächste höhere Stufe.
← = Einweisung der Repetenten.
J = Idiotenanstalt.

## Die Untersuchung und Prüfung der zur Aufnahme vorgeschlagenen Hilfsschulzöglinge.

Das Aufnahmeverfahren vollzieht sich in sehr verschiedener Weise. Männel gibt in seinem Buche die Fragebogen der Städte Frankfurt, Breslau, Brüssel, Leipzig, Plauen i. V. und Halle wieder. Sie enthalten die Beobachtungen der Schulleistungen seitens der Lehrer neben den Feststellungen des häuslichen Milieus, die Anamnese des Schulkindes und den Status praeses, die der Schularzt aufgenommen hat.

| Hauptbuch Nr. | Name und Vorname des Kindes | Die Eltern des Kindes. Angaben über Krankheiten, Lebenswandel, Trunksucht, Verwandtschaft, bedeutenden Altersunterschied, Tod, Todesursache usw. | Die Kinder dieser Ehe bzw. derselben Mutter | | | | Geisteskrankheiten, Epilepsie und nervöse Leiden in der Blutsverwandtschaft der Eltern. Angabe des Verwandtschaftsgrades und Art der Krankheit | Bemerkenswerte Vorfälle bei der Geburt | Entwicklungsstörungen in den ersten Lebensjahren. Wann hat es gehen, wann sprechen gelernt? Unregelmäßigkeiten in der Zahnbildung usw. | Erkrankungen im vorschulpflichtigen Alter und deren Verlauf. Rachitis, Skrofulose, Krämpfe, Hirnhautentzündung, Scharlach, Diphtheritis usw. | Unglücksfälle, namentlich Kopfverletzungen durch Stoß, Schlag oder Fall |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Reihenfolge der Kinder | Geschlecht | Gesundheitszustand bzw. Todesursache und Angabe des erreichten Alters | Das wievielte Kind ist das genannte? | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

| Angeborene und durch Krankheiten oder Unglücksfälle erworbene Körperfehler | | | | | | | Sprachgebrechen | Was halten die Eltern für die Ursache der schwachen Begabung ihres Kindes | Die häuslichen Verhältnisse. Ist das Kind ehelich oder außerehelich geboren? Hat es einen Stiefvater, eine Stiefmutter, nur noch den Vater, nur noch die Mutter; ist es Waise und in Pflege? Leben die Eltern getrennt? Wird es in Erziehung und Pflege vernachlässigt? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Angeb. Mißbildungen, Hasenscharte, Wolfsrachen, verbildete Ohrmuscheln oder Gliedmaßen, Minder- oder Überzahl von Gliedmaßen, Fehler der Sinnesorgane, Wasserkopf, Lähmungen usw. | Gebrechen des Körpers, als Rückgratverkrümmung, Lähmungen, Muskelzuckungen, abnorme Bildung des Schädels, der Gliedmaßen usw. | Beschaffenheit der Haut, ob feucht, spröde, schlaff, normal empfindlich gegen Temperatur und äußeren Reiz, übelriechende Absonderungen, Behaarung | Fehler | | | | | | |
| | | | a) der Augen: Schielen, Lidlähmung, Hornhaut- und Irisflecke, Zittern, ungl. Pupillenweite, Kurz- und Schwachsichtigkeit | b) der Ohren; Ausfluß, herabgesetztes Gehör | c) der Nase; Verstopfung des Luftweges, eitriger Ausfluß usw. | d) des gesamten Sprechapparates. Beschaffenheit der Lippen, Zähne, Zunge, des Gaumens, Vergrößerung der Mandeln, Wucherungen | | | |
| 10 | | | | | | | 11 | 12 | 13 |

Es ist nicht möglich, sie hier alle wiederzngeben. Den Frankfurter Personalhogeu habe ich oben erwähnt. Für die Erforschung der Lebensverhältnisse der Hilfsschulzöglinge ist vielleicht auch der Fragebogen von H a l l e recht geeignet, ohne daß ich den Wert der anderwärts üblichen Schemata bezweifeln möchte.

Die intellektuelle nnd ethische Charakteristik der Imbezillen durch die Lehrer sollte nicht dnrch schematische Fragen in eine bestimmte Formel eingezwängt werden: „Es ist nicht allein die Menge des Schreibwerkes, die abschreckt. Der Lehrer, der für individnelle Feinheiten der Kindesseele ein besonderes Interesse hat, empfindet es auch als eine lästige Fessel, wenn ihm bestimmte Fragen vorgedruckt sind, die er beantworten muß. Es besteht immer die Gefahr, daß sich der Lehrer zn streng an die Fragen halten und aus eigenem wenig geben wird.“ — Die Neigung der Lehrer, mit „I, II, III, IV“ zu zensieren, kommt immer wieder bei der Beantwortung solcher schematischer Fragen über Anschaunngsfähigkeit, Auffassung, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Geschicklichkeit usw. zutage. Es ist aber andrerseits sehr schwer, in geistiger Hinsicht ein Schülerbild so zu zeichnen, daß sich andere schnell eine Vorstellung von dem Stande der Minderwertigkeit machen können.

Es wird weiterer Arbeit auf dem Kongresse der Hilfsschullehrer bedürfen, um auf Grund wachsender Erfahrnngen die Schülercharakteristik ebensowohl für die Hilfsschulen wie für die ganze Zukunft des Schwachsinnigen brauchbar zn gestalten. Denn die Ergebnisse dieser Umfragen dienen als Grundlage für die Aufnahme und bilden die „Personalbogen (-akten)“, die als Schülercharakteristiken die Schwachsinnigen durch ihre gesamte weitere Schulzeit und durch ihr Leben mit seinen besonderen Fährnissen begleiten sollten.

Wenn die geistig Schwächsten der Unterstufen in den Normalschulen, sobald sie bei ihrem Lehrer den Verdacht auf Minderwertigkeit erwecken zum Objekte eingehender pädagogischer und schulärztlicher Beobachtung werden und schon in der Normalklasse ihre Personalbogen erhalten, so wird die Methode einer regelrechten A u f n a h m e p r ü f u n g entschieden die sicherste Gewähr bieten für die Erkennung der für die Hilfsschule geeigneten Schwachsinnsformen. In F r a n k f u r t a. M. findet sie jährlich Ende Februar, also kurz vor Ende des Schuljahres statt. Es nehmen der Schulinspektor, der Leiter der Hilfsschule, der Stadtarzt und der Schularzt der Hilfsschule daran teil. — Die erwähnten Akten bzw. ausgefüllten Beobachtungsbogen werden dieser Prüfungskommission vorgelegt. Die in Betracht kommenden Schüler und Schülerinnen werden gewöhnlich in Begleitung ihrer Mütter einzeln vorgenommen und nochmals an der Hand ihrer Vorgeschichte auf ihr geistiges Inventar und ihr Auffassungs- und Begriffsvermögen hin untersucht. Es sollten dabei auch diejenigen Lehrer, denen die betr. Schulkinder in der Normalschule zuletzt und

zwar längere Zeit anvertraut waren, mit herangezogen werden. Kann nun diese Prüfung auch nur eine kurze sein, so bilden doch die gemeinsamen Feststellungen von älteren Schulmännern und Ärzten eine Ergänzung dessen, was der Lehrer der betreffenden Kandidaten für die Hilfsschulen innerhalb von ein bis zwei Jahren gesehen hat. Es kommt dabei nach meinen sechsjährigen Erfahrungen eine Treffsicherheit in der psychopathologischen Diagnose zum Vorschein, bei der Täuschungen über die Bildungsfähigkeit der Prüflinge zu den größten Seltenheiten gehören. Solange die Auslese in Frankfurt auf diesem Wege geschieht, sind meines Wissens einerseits idiotische Kinder, die in Anstalten gehörten, andererseits normal veranlagte Kinder, die nach kurzem Hilfsschulbesuch wieder in die Normalschulen zurückversetzt werden konnten, fast niemals von uns aufgenommen worden, soweit nicht etwa äußere Gründe, z. B. Wünsche der Eltern und Erzieher, gewisse Rücksichten nötig machten.

Die Schulbehörden haben bei der Auswahl der Schwachsinnigen für die Hilfsschule den ärztlichen Diagnosen und Wünschen gegenüber ein weitgehendes Entgegenkommen gezeigt. So wurden nicht selten offenkundig imbezille Schulkinder, die erst ein Jahr in der Volksschule gewesen waren, der Hilfsschule überwiesen, wenn es der Raum gestattete. Die ausschlaggebende Instanz bestand eben aus Schulmännern und Ärzten, welche die kindliche Individualität des abnormen Schülers aus langjähriger Erfahrung kannten. Durch gegenseitigen Austausch der Ansichten über die Tiefe der bestehenden Defekte und die häuslichen bzw. erzieherischen Einwirkungen vermochten sie das Richtige recht schnell heraus zu finden. Ich halte eine solche Kollegialberatung über den Grad der Imbezillität und über die Bildungsfähigkeit von Schwachsinnigen für die weitaus beste Form der Lösung der Umschulungsfrage.

## Der gesetzliche Zwang zum Besuche der Hilfsschule.

Es liegt aber in der Natur der Sache, daß die Eltern oft genug der Einschulung von Schülern in die Hilfsschulen einen heftigen Widerstand entgegensetzen. Sie wollen nicht einsehen, welcher Nutzen ihren abnorm schwachen Kindern daraus erwächst. — Ich habe a. a. O. die Meinung ausgesprochen, daß die Fürsorgeerziehungsgesetze wenigstens in Preußen uns eine Handhabe dazu bieten könnten, eine solche Überweisung zwangsweise vorzunehmen. Ob auf diesem Wege schon ein Versuch gemacht worden ist, weiß ich nicht. — Viel einfacher noch scheint mir der Ausweg, der in Preußen wenigstens jetzt für die Behörden, Lehrer und Ärzte offen steht, falls sie Widerständen begegnen: Das Preußische Oberverwaltungsgericht hat nämlich ein

bemerkenswertes Urteil gefällt, das wir der „Pädagogischen Zeitung“ (1905, Rechtsbeil. 4) entnehmen. Es heißt da:

„Hilfsschulen für schwachbegabte Kinder sind öffentliche Volksschulen, die der allgemeinen Schulpflicht dienen.“ (Aus einer Entscheidung des genannten Gerichts vom 20. September 1904.) „Schulen der allgemeinen Schulpflicht sind begriffsmäßig solche Schulen, zu deren Benutzung einerseits für Eltern oder die Vertreter der Eltern, falls sie nicht anderweit für den Unterricht der Kinder gesorgt haben, ein gesetzlicher Zwang besteht, und deren Unterhaltung anderseits Schulgemeinden, bürgerlichen Gemeinden usw. durch die in den einzelnen Landesteilen geltenden, gesetzlichen Vorschriften zur Pflicht gemacht ist.

Die Hilfsschule für schwachbegabte Kinder ist von der Stadt auf deren alleinige Kosten im Jahre 1885 in das Leben gerufen worden. Sie hatte anfangs nur eine Klasse, die für den ganzen Stadtbezirk bestimmt war, wurde demnächst aber ebenfalls wegen Zunahme der Schülerzahl im Jahre 1888 um eine zweite und im Jahre 1890 um eine dritte Klasse erweitert. Auch die Lehrer der Hilfsschule werden vom Magistrat aus der Zahl der städtischen Volksschullehrer gewählt, und die Stadt genießt für die Lehrerstellen an der Hilfsschule genau so wie für die übrigen Volksschullehrerstellen die Vorteile, welche der Staat den Trägern der Unterhaltunglast durch Beiträge zu den Besoldungen wie durch die Zwangsversicherung von Ruhegehältern und Alterszulagen zuwendet. In dem bereits erwähnten Verzeichnisse der städtischen Volksschulen fehlt auch die dreiklassige Hilfsschule nicht, sie ist dort hinter den sonst vorhandenen 44 Volksschulen, zwar ohne Beifügung der Nr. 45, aber doch mit Einrechnung ihrer derzeitigen drei Lehrer in der Gesamtzahl der städtischen Lehrkräfte aufgeführt.

Daß die Hilfsschule um die Eigenartigkeit ihrer Zweckbestimmungen willen aus dem Rahmen des Volksschulwesens überhaupt herausfalle, kann der Klägerin nicht zugegeben werden. Hilfsschulen für schwachbegabte Kinder sind keineswegs für Idioten, sondern für Kinder bestimmt, die, wenn auch für das Leben und die Arbeit in der Volksschule ungeeignet, immerhin schulbildungsfähig sind. Derartige Kinder bedürfen einer Behandlung in abgesonderten Klassen, denn sie sind den an normal begabte Kinder zu stellenden Anforderungen nicht gewachsen, ihre Teilnahme an dem allgemeinen Volksschulunterrichte würde daher nicht bloß für ihre Person keinen Erfolg versprechen, sondern sogar die Gefahr einer Herabdrückung des anzustrebenden Volksschulstands in sich schließen. Anderseits eröffnet, wenn sie für sich allein in einer ihrer geringen Begabung angepaßten Art unterwiesen werden, dies den Weg, ihnen den Wissensstoff und den erziehlichen Gewinn der Volksschule wenigstens annähernd zu vermitteln.

Die Hilfsschule soll also Kindern, die nicht bildungsunfähig und darum schulpflichtig sind, es ermöglichen, sich die Bildung der Volksschule, soweit das durchführbar ist, anzueignen, und zwar nach Anleitung besonderer, zu diesem Zwecke aufzustellender Lehrpläne wie solcher in den angezogenen Ministerialerlasse vom 16. Juni 1896 mit dem Bemerken Erwähnung geschieht, daß es jedenfalls ausgeschlossen sein werde, in den oberen Hilfsschulklassen über das für die Mittelstufe einer normalen Volksschule vorgeschriebene Maß hinauszugehen. Wo daher von der Unterrichtsverwaltung Hilfsschulen, die in nichts anderem als Unterrichtsabteilungen für schwachbegabte Volksschulkinder bestehen, einmal eingerichtet worden sind, erfüllen die dorthin gewiesenen Kinder durch deren Besuch ihre gesetzliche Schulpflicht, und folglich müssen sie von dem Träger der Schullast genau so wie normale Volksschulklassen unterhalten werden. Daran ändert auch der von der Klägerin betonte Umstand nichts, daß in C. die Überführung von Kindern zur

Hilfsschule erst nach einer längeren Probezeit in der Volksschule und nicht ohne Einwilligung der Eltern angeordnet zu werden pflegt. Im Gegenteile tritt darin gerade der enge Zusammenhang zwischen beiden Schuleinrichtungen, die im wesentlichen demselben Zwecke dienen, deutlich zutage. Übrigens würde nach der zutreffenden Entgegnung des Beklagten die Ortsschulbehörde an die elterliche Einwilligung nicht einmal gebunden, vielmehr im Falle ihrer Versagung wohl befugt sein, den regelmäßigen Besuch der Hilfsschule durch die ihr zugewiesenen schulpflichtigen Kinder zwangsweise durchzusetzen."

Es besteht also nach diesem Urteil **für Hilfsschulen derselbe Schulzwang wie für Normalschulen.**

## Die Erblichkeitsverhältnisse bei 200 schwachsinnigen Schulkindern von Frankfurt a/M.

Hier möchte ich kurz auf die Entwicklung der Frankfurter Hilfsschulen eingehen. Denn Frankfurt ist wohl die erste Stadt in Deutschland gewesen, die den Bedürfnissen für Imbezille durch den Neubau von zwei Doppelschulen, der Hölderlinschule im Osten und der Wiesenhüttenschule im Westen der Stadt, im weitesten Maße gerecht geworden ist. Sie umfaßen vier (je zwei) Schulkörper zu sechs Klassen. Da die Klasse nur 20—25 Schüler enthalten darf, so können in Frankfurt a/M. an jedem Ostertermin viermal 20—25 Schüler, also 80—100 Hilfsschüler neu eingeschult werden und im ganzen 480—500 Imbezille alljährlich einen gesonderten Unterricht empfangen. Das ist bei einer Einwohnerzahl von rund 330 000 Seelen eine völlig ausreichende und das Bedürfnis deckende Schulversorgung der Minderwertigen. Denn jedes Schulkind, das einen mehr als zwei Kilometer langen Schulgang machen muß, bekommt bei Bedürftigkeit freie Trambahnfahrt. Am 1. April 1905 waren 14 Hilfsschulklassen mit 354 Kinder, (191 Knaben und 163 Mädchen,) und 16 Lehrern und Lehrerinnen vorhanden. Es ist natürlich, daß mit dem Wachstum der großstädtischen Bevölkerung, die sich zumeist um minderbemittelte Familien vermehrt, die Ausdehnung der Hilfsschulorganismen sich steigern muß.

In den letzten Jahren haben der schon erwähnten Prüfungskommission in Frankfurt jährlich etwa 80—100—120 Personalbogen von schwachsinnigen Schulkindern vorgelegen, die Lehrer und Schulärzte der Normalschulen ausgefüllt hatten.

Soweit die Erhebungen sichere waren und einen gewissen psychiatrisch-klinischen Wert beanspruchen dürfen, gebe ich hier Auszüge aus Frankfurter Personalbogen wieder:

1. 8jähriges Mädchen: unehelich; Schwester auch unehelich, starb an Krämpfen, Mutter leidet an chronischem Husten; ihr Bruder geistesschwach; ihr Vater war Trinker und endete durch Selbstmord.

2. 9jähriger Knabe: unehelich; schmale Stirn; kleiner Schädel; schwache Reflexe.

16

3. 8jähriges Mädchen: in der Familie Geisteskrankheit; Vater lungenleidend; Bettnässerin; sehr unruhig.

4. 9jähriges Mädchen: Vater und Mutter sind brustleidend. Letztere hat 15mal geboren; sechs Kinder leben.

5. 7jähriges Mädchen: Mutter nervenkrank; Großeltern waren lungenkrank; Vater Trinker; eine Schwester schwachbefähigt; Bettnässerin.

6. 8jähriges Mädchen ohne Belastung, leidet an selten auftretenden epileptischen Anfällen.

7. 10jähriges Mädchen: mit Drüsenschwellungen behaftet. Vater lungenleidend, Mutter schwachsinnig und verwahrlost. Schrecklich armselige häusliche Verhältnisse. — Kam im Laufe des Jahres in Fürsorgeerziehung.

8. 8jähriges Mädchen aus schlechten häuslichen Verhältnissen; Vater lungenkrank und Trinker (bestraft!), Mutter skrofulös; ein Bruder in der Hilfsschule; ein anderer Bruder soll lungenleidend sein!

9. 8jähriges Mädchen: Mutter lebt getrennt vom Vater, der dem Trunk ergeben ist; ein zweijähriger Bruder körperlich und geistig zurückgeblieben! — Bettnässerin. Unruhig.

10. 8jähriges Mädchen: Zwergwuchs (7. 6. 1900 — 91 cm); Vater lungenkrank. Eine Schwester war in der Hilfsschule.

11. 11jähriges Mädchen: neigt zu Krämpfen und ist schwerhörig. Von acht Geschwistern starben fünf; Vater leidet an den Folgen eines Schlaganfalles.

12. 7jähriges Mädchen: Bruder des Vaters ist geistig zurückgeblieben.

13. 8jähriges Mädchen: Vater Trinker, bestraft, Mutter epileptisch. Ein Bruder schwachbefähigt; ein anderer hat Karies.

14. 9jähriges Mädchen: Eltern lungenleidend, Mutter starb an Schwindsucht; deren Schwester war geisteskrank. Schmale Stirn mit vorstehenden Höckern.

15. 7jähriges Mädchen: unehelich; erlitt im vierten Lebensjahre schwere Kopfverletzung.

16. 7jähriger Knabe: zwei Brüder schwachbefähigt.

17. 8jähriger Knabe: Vater Trinker; hat acht Geschwister; eine Schwester in der Hilfsschule.

18. 8jähriger Knabe: aus sehr ärmlichen Verhältnissen; Vater Trinker; seine Schwester war infolge von Krämpfen irrsinnig und starb in der Anstalt. Ein Bruder lungenleidend.

19. 8jähriger Knabe: in der Familie Tuberkulose, Mutter hysterisch.

20. 11jähriger Knabe: Vater Trinker und lungenkrank; Mutter ebenfalls lungenleidend, zwei Brüder ebenfalls. Bettnässer bis zum 7. Lebensjahre.

21. 11jähriger Knabe: ein Bruder in der Hilfsschule.

22. 9jähriger Knabe: Mutter sehr nervös; Vater lungenleidend.

23. 8jähriger Knabe: in der Familie Geistesstörung; Vater herzleidend.

24. 11jähriges Mädchen: unehelich; Vater Trinker; in der Familie Geistesstörung. Stottert.

25. 9jähriger Knabe: Mutter lungenleidend.

26. 8jähriger Knabe mit zerebraler Kinderlähmung.

27. 10jähriges Mädchen: Vater skoliotisch; Mutter leidet an Krämpfen; Schwester schwachbefähigt.

28. 9jähriges Mädchen: Mutter war lungenkrank.

29. 8jähriges Mädchen: Vater Trinker; ein Bruder in der Hilfsschule.

30. 8jähriger Knabe: ein Bruder schwachbefähigt.

31. 7jähriger Knabe: ein Bruder geistig zurückgeblieben.

32. 8jähriges Mädchen: Schwester schwachbefähigt.

33. 9jähriger Knabe: Vater und Mutter geisteskrank; Familie zerrüttet; älterer Bruder in der Hilfsschule.

34. 9jähriger Knabe: Bettnässer; die Mutter verließ die Familie.

35. 9jähriger Knabe: unehelich; Vater soll trunksüchtig gewesen sein.

36. 9jähriger Knabe: Schwester in der Hilfsschule; Mutter hatte viele Mißfälle.

37. 8jähriger Knabe; unehelich.

38. 9jähriger Knabe: Häufige Anfälle von Gelenkrheumatismus; Vater lungenleidend.

39. 8jähriger Knabe: Vater starb an Schwindsucht; auch die Mutter ist brustleidend; eine Schwester tuberkulös.

40. 8jähriger Knabe: Zwillingsbruder des vorigen.

41. 9jähriges Mädchen: ehelich; aus sehr ärmlichen Verhältnissen; Vater Trinker, wegen Diebstahls bestraft, Mutter leidet an Gelenkrheumatismus und Karies. Großvater lungenkrank. Alle Geschwister sind körperlich und geistig zurückgeblieben; litt an Veitstanz.

42. 11jähriges Mädchen: unehelich. Vater starb an Rückenmarkserkrankung, Mutter nervös, Blasenschwäche.

43. 8jähriges Mädchen: ehelich; Vater gichtischer Gastwirt.

44. 10jähriges Mädchen: ehelich; aus sehr ärmlicher Familie; Mutter geisteskrank.

45. 11jähriges Mädchen: ehelich; ohne nachweisbare Belastung; litt neun Monate lang an Krämpfen.

46. 7jähriges Mädchen: unehelich; Schwester schwachbefähigt; hat Strabismus mit Pupillendifferenz, Sattelnase und Schlitzangen.

47. 10jähriges Mädchen: ehelich; Mutter tuberkulös; rachitisch und skrofulös, schielt beiderseits.

48. 10jähriges Mädchen: ehelich; Vater Bierbrauer; ohne sichtliche erbliche Belastung; ein Bruder geistig zurück; rachitisch.

49. 8jähriges Mädchen: ehelich; aber von den Eltern vernachlässigt; Mutter lungenleidend. Ein Bruder sittlich verwahrlost und in Zwangserziehung verbracht; Asymmetrie des Gesichts, Schiefhals, chronische Bindehautentzündung.

50. 9jähriges Mädchen: ehelich; Vater lungenleidend. Ein Bruder ist mit 17 Jahren wegen Diebstahls schon zweimal bestraft. Acht Geschwister; eine Schwester hatte Veitstanz. Bis zum 9. Jahre Bettnässerin.

51. 10jähriges Mädchen: ehelich; hatte neun Geschwister, von denen fünf starben.

52. 9jähriges Mädchen: ehelich; Mutter nervös, schielt beiderseits.

53. 10jähriges Mädchen: ehelich; Vater Trinker; Augenentzündung, Ohrenfluß, Blasenschwäche.

54. 8jähriger Knabe: ehelich; aus größter Armut, Mutter und Vater tuberkulös. Großeltern mütterlicherseits tuberkulös; Schwester der Mutter epileptisch, früher rachitisch.

55. 8jähriger Knabe: Zwillingsbruder des vorigen, früher rachitisch, stammelt sehr stark.

56. 9jähriger Knabe: ehelich; Mutter starb an Tuberkulose, Hirnhautentzündung.

57. 8jähriger Knabe: ehelich; Mutter augenkrank; Vater lungenleidend, ebenso dessen Vater und Bruder. Ein Bruder schwachbefähigt. Hydrokephalisch; rachitisch. Früher Krämpfe, Blasenschwäche.

58. 10jähriger Knabe: ehelich; Bruder schwachbefähigt.

59. 7jähriger Knabe: ehelich; aus sehr ärmlicher Familie, Vater Trinker; Schwester des Vaters irrsinnig. Geschwister schwachbefähigt.

60. 11jähriger Knabe: ehelich; Vater geht wegen chronischen Beinleidens auf Krücken, Bettnässer.

61. 11jähriger Knabe: ehelich; Großmutter starb an Schwindsucht. Abnahme der Fähigkeiten nach Typhus im fünften Lebensjahre.

62. 8jähriger Knabe: unehelich; Stotterer.

63. 9jähriger Knabe: ehelich; Mutter und Großmutter tuberkulös. 15 Geschwister, von denen noch 4 am Leben. Viele litten an Krämpfen; schwerhörig.

64. 9jähriger Knabe: ehelich; nähere Ermittlungen fehlten, litt an Rachitis und Veitstanz.

65. 9jähriger Knabe: unehelich; litt an Krämpfen.

66. 10jähriger Knabe: ehelich; Großeltern mütterlicherseits tuberkulös; Großvater väterlicherseits Trinker. Andauernde Krämpfe in den ersten sieben Monaten; schielt und stottert.

67. 7jähriger Knabe: ehelich; zwei Brüder schwachbefähigt; erlitt Kopfverletzung, Syndaktylie an Händen und Füßen.

68. 10jähriger Knabe: ehelich; Vater litt an Rippenfellentzündung.

69. 11jähriger Knabe: ein Bruder schwachbefähigt. Kopfverletzung vor drei Jahren.

70. 9jähriger Knabe: ehelich; lange Bettnässer. Litt häufig an Lungenentzündungen.

71. 9jähriger Knabe: unehelich; beide Eltern beschränkt, angeblich Analphabeten.

72. 7jähriger Knabe: ehelich; Vater Trinker. Neun Geschwister.

73. 8jähriger Knabe aus zerrütteten Verhältnissen. Auskunft nicht zu erlangen; schielt beiderseits.

74. 9jähriger Knabe: außerehelich geboren. Eltern jetzt verheiratet. In der Familie Belastung mit Nerven- und Geisteskrankheiten; soll als Kind viel Schnaps getrunken haben.

75. 10jähriges Mädchen: Mutter und Großvater tuberkulös; Schwester geistig zurück, Vater Trinker, deswegen aus der Schutzmannschaft entfernt.

76. 10jähriges Mädchen: Vater tuberkulös; ein Bruder wegen Diebstahls bestraft, Schwester leidet an rezidivierender Chorea.

77. 10jähriges Mädchen: unehelich; verwahrloster Bruder in einer Zwangserziehungsanstalt.

78. 9jähriges Mädchen: Mutter sehr nervös: Strabismus divergens.

79. 10jähriges Mädchen: Vater tuberkulös; alle Geschwister starben an Krämpfen; stammelt stark.

80. 9jähriges Mädchen: unehelich; kümmerlicher skrofulöser Habitus.

81. 10jähriges Mädchen: Mutter tuberkulös und imbezill.

82. 9jähriges Mädchen: Bruder in Zwangserziehung: Mißbildungen an den Ohren; Asymmetrie des Gesichts.

83. 9jähriges Mädchen: Großvater mütterlicherseits und Bruder tuberkulös.

84. 12jähriges Mädchen: mütterlicherseits schwer belastet mit Geistesstörung: Bruder des Vater tuberkulös; Bruder ebenfalls geistig zurück.

85. 8jähriges Mädchen: tuberkulös belastet.

86. 11jähriges Mädchen: Vater Trinker.

87. 8jähriges Mädchen: Vater Trinker; dessen Bruder beging Selbstmord.

88. 10jähriges Mädchen: Mutter geisteskrank.

89. 11jähriges Mädchen: Vater Trinker; Bruder der Mutter geistesschwach; zwei Schwestern in der Idiotenanstalt.

90. 8jähriger Knabe: Vater lungenleidend. Lispler.

91. 11jähriger Knabe: Vater lungenleidend.

92. 8jähriger Knabe: Mutter schwindsüchtig.

93. 9jähriger Knabe: lange Bettnässer; linkshändig.

94. 10jähriger Knabe: Vater epileptisch; älterer und jüngerer Bruder schwachbefähigt.

95. 9jähriger Knabe: Eltern leben getrennt.

96. 7jähriger Knabe: Vater epileptisch; zwei ältere Brüder schwachbefähigt; Bettnässer.

97. 11jähriger Knabe: aus sehr ärmlichen Verhältnissen; Mutter und deren Bruder epileptisch.

98. 9jähriger Knabe: Mutter sehr nervös; Vater lungenleidend.

99. 10jähriger Knabe: Vater Trinker; Geschwister auch geistig zurückgeblieben; rudimentäres linkes Ohr.

100. 10jähriger Knabe: mütterlicherseits erblich mit Geistesstörungen schwer belastet: Sattelnase.

101. 9jähriger Knabe: Mutter und Großmutter tuberkulös; stammelt stark.

102. 10jähriger Knabe: unehelich; Mutter tuberkulös; Vater Trinker; die Schwester der Mutter tuberkulös. Von den Geschwistern eine Schwester auch geistig zurückgeblieben.

103. 9jähriger Knabe: drei Geschwister schwachbefähigt.

104. 9jähriger Knabe: Vater und Onkel periodische Trinker; Stotterer; skoliotisch.

105. 7jähriger Knabe: hat neun Geschwister.

106. 9jähriges Mädchen: Vater tuberkulöser Trinker.

107. 11jähriges Mädchen: Vater tuberkulöser Trinker; unehelich; stottert.

108. 11jähriges Mädchen: unehelich; Vater Tabiker, zwei Brüder schwachbefähigt.

109. 8jähriges Mädchen: aus sehr zerrütteten Verhältnissen; Vater tuberkulöser Trinker; Mutter luetisch, machte mehrmals Suizidialversuche.

110. 7jähriges Mädchen: unehelich; Schwester schwachbefähigt. Soll ein unsittliches Attentat auf ihren Bruder gemacht haben.

111. 10jähriges Mädchen: Vater tuberkulös; Mutter imbezill; Familie völlig verwahrlost; Bruder auch geistig zurück.

112. 9jähriges Mädchen: Eltern tuberkulös; eine Schwester der Mutter geisteskrank; Bruder tuberkulös.

113. 8jähriges Mädchen: Vater Trinker und mehrfach bestraft; Mutter epileptisch; unehelich; ein Bruder imbezille Asymmetrie des Gesichts.

114. 8jähriges Mädchen: Vater tuberkulös; Schwester imbezill. Schwester epileptisch.

115. 9jähriges Mädchen: Vater Trinker; Blasenschwäche.

116. 11jähriger Knabe: Neigung zu chronischen Knochenaffektionen; jüngerer Bruder schwachbefähigt.

117. 10jähriger Knabe: aus großer Armut erwachsen; die Mutter leidet an Krämpfen.

118. 7jähriger Knabe: zwei Geschwister schwachbefähigt; Bettnässer.

119. 8jähriger Knabe: Eltern leben in Scheidung: eine Schwester des Vaters starb im Irrenhause.

120. 11jähriger Knabe: neun Geschwister; eine Schwester schwachbefähigt; Mutter litt lange Jahre an Veitstanz.

121. 7jähriger Knabe: Vater Trinker. Stotterer; Bettnässer.

122. 8jähriger Knabe: Vater Trinker; skoliotisch.

123. 8jähriger Knabe: Vater wegen Geisteskrankheit entmündigt; hochgradiges Stottern und Stammeln.

124. 8jähriger Knabe: ein älterer Bruder idiotisch; soll an Krämpfen leiden.

125. 9jähriger Knabe: Großvater epileptisch. In der Familie der Mutter Tuberkulose; Stammler, Bettnässer.

126. 8jähriger Knabe: unehelich; Mutter epileptisch; in ihrer Familie Lungentuberkulose erblich.

127. 9jähriger Knabe: Schwester schwachbefähigt; Mutter hat 16mal geboren; zehn Kinder leben.

128. 11jähriger Knabe: Vater lungenleidend.

129. 8jähriger Knabe: vier Geschwister schwachbefähigt. Stotterer; lange Zeit Bettnässer.

130. 8jähriger Knabe: Vater mehrfach bestrafter Trinker; schon während der Militärzeit mit zehn Jahren Festung bestraft; Eltern leben in Scheidung; Großvater ebenfalls wegen Trunksucht 30 Jahr lang im Armenhaus. Hasenscharte.

131. 9jähriger Knabe: Mutter beschränkt, leicht erregbar.

132. 8jähriger Knabe: Mutter beschränkt.

133. 7jähriger Knabe: unehelich; Vater und Mutter haben das Kind verlassen.

134. 10jähriger Knabe: Vater Trinker; eine Schwester schwachbefähigt.

135. 8jähriger Knabe: Vater lungenleidend; Speichelfluß.

136. 9jähriger Knabe: Vater lungenkrank; ein Bruder von zwölf Jahren seit einem Jahre in der Irrenanstalt untergebracht.

137. 9jähriger Knabe: Vater Trinker; zerrüttete Familienverhältnisse; früher Hirnentzündung.

138. 9jähriger Knabe: unehelich; Vater Trinker; wiederholt bestraft; ärmliche Verhältnisse.

139. 11jähriger Knabe: Eltern leben getrennt; Vater Trinker; beide Eltern wegen Einbruchs bestraft.

140. 8jähriger Knabe: sehr ärmliche Verhältnisse; Vater tuberkulöser Epileptiker.

141. 8jähriger Knabe; Familie mit Tuberkulose belastet.

142. 8jähriger Knabe: Mutter beschränkt; eine Schwester idiotisch; Stotterer.

143. 8jähriger Knabe: unehelich; Vater Trinker.

144. 7jähriger Knabe: Vater lungenleidend.

145. 8jähriger Knabe: eine Schwester schwachbefähigt; Stammler.

146. 8jähriges Mädchen: Vater Trinker; unehelich geboren, sehr verwahrlost; stottert.

147. 8jähriges Mädchen: Vater lungenleidend; stammelt.

148. 8jähriges Mädchen: Vater Trinker; aus zerrütteter Familie; schwere Kopfverletzung.

149. 9jähriges Mädchen: aus verwahrloster Familie; zwei Schwestern in Fürsorgeerziehung.

150. 7jähriges Mädchen: Mutter schwer nervenleidend; Familie zerrüttet: acht Geschwister; zwei davon schwachbefähigt.

151. 7jähriges Mädchen: Vater Trinker; stammelt stark.

152. 9jähriges Mädchen: Vater Trinker; Mutter lungenkrank, Bettlerin; eine ältere Schwester moralisch defekt.

153. 8jähriges Mädchen: unehelich; Vater Trinker. Mutter nervös; Großmutter im Irrenhaus gestorben.

154. 10jähriges Mädchen: Vater starb an Lungenleiden; Familie zerrüttet.

155. 8jähriges Mädchen: . . . unehelich; Schwester schwachsinnig.

156. 12jähriges Mädchen: unehelich; Eltern verschollen.

157. 10jähriges Mädchen: Vater starb an Lungentuberkulose; vier Geschwister schwachbefähigt.

158. 7jähriges Mädchen: unehelich; aus sehr ärmlichen Verhältnissen.

159. 8jähriges Mädchen: unehelich; Sprachstörungen.

160. 8jähriges Mädchen: unehelich; stark rachitisch.

161. 8jähriges Mädchen: Vater der Mutter geisteskrank.

162. 8jähriges Mädchen: aus sehr ärmlichen Verhältnissen; Großmutter mütterlicherseits geisteskrank.

163. 9jähriges Mädchen: Vater Hirnsyphilis. Auch Mutter infiziert.

164. 10jähriges Mädchen: Vater lungenleidend.

165. 9jähriges Mädchen: zwei Geschwister des Vaters idiotisch; Schwester der Mutter lungenkrank.

166. 8jähriges Mädchen: Vater Trinker.

167. 10jähriges Mädchen: Vier Geschwister schwachbegabt.

168. 8jähriges Mädchen: unehelich; Vater starb im Delir. Zwei Geschwister schwachbefähigt.

169. 8jähriges Mädchen: Drei Geschwister schwachbefähigt.

170. 8jähriges Mädchen: Mutter lungenleidend; Vater physisch abnorm; ein älterer Bruder schwachsinnig. Aus kümmerlichen Verhältnissen.

171. 9jähriges Mädchen: Vater bestraft; verwahrlost.

172. 9jähriges Mädchen: Mutter beschränkt; Bettnässerin.

173. 10jähriges Mädchen: Vater Dipsomane; unehelich.

174. 6jähriger Knabe: Vater Trinker.

175. 7jähriger Knabe: Schwester der Mutter idiotisch.

176. 7jähriger Knabe: unehelich; Vater Trinker; Großvater mütterlicherseits Trinker.

177. 11jähriger Knabe: Vater lungenleidend; Mutter nervös; linkshändig.

178. 8jähriger Knabe: unehelich; Vater lungenleidend; Bettnässer.

179. 8jähriger Knabe: Vater Dipsomane; ein jüngerer Bruder schwachsinnig; ein Onkel mütterlicherseits Trinker; Dement.

180. 8jähriger Knabe: Mutter schwachsinnig; Vater erwerbsunfähig; Großvater mütterlicherseits war Trinker.

181. 7jähriger Knabe: unehelich; Sprachstörungen.

182. 8jähriger Knabe: Vater und Großvater Trinker; Bettnässer; stottert stark.

183. 9jähriger Knabe: Vater Trinker.

184. 11jähriger Knabe: Bruder in der Hilfsschule.

185. 9jähriger Knabe: Stammler; Vater mehrfach bestraft.

186. 7jähriger Knabe: Mutter beschränkt, schielt beiderseits; zwei Brüder sehr schwachbefähigt; Syndaktylie.

187. 7jähriger Knabe: aus traurigen sozialen Verhältnissen; Lumpensammlerkind; schwere Steißgeburt mit Asphyxie; Großmutter mütterlicherseits tuberkulös; Vater herzleidend; Blasenschwäche und Speichelfluß.

188. 10jähriger Knabe: Bruder schwachbefähigt.

189. 7jähriger Knabe: Vater beschränkt; Bettnässer.

190. 8jähriger Knabe: Vater tuberkulöser Trinker, Mutter tuberkulös. Es besteht Skrofulose und Bettnässen.

191. 8jähriger Knabe: Vater schwachsinniger Trinker; Schwester epileptisch und geisteskrank; auch andere Geschwister schwachbefähigt.

192. 9jähriger Knabe: unehelich; beide Eltern sehr beschränkt.

193. 11jähriger Knabe: aus tuberkulöser Familie; Großvater Trinker; Bruder der Mutter epileptisch.

194. 10jähriges Mädchen: ehelich; Vater nervös; Bruder geisteskrank (moral. und intellekt. Schwachsinn); leidet an Hornhautflecken.

195. 7jähriger Knabe: Mutter minder begabt; Hirnerschütterung.

196. 7jähriger Knabe: unehelich; zwei Schwestern gut begabt; ein Bruder schwachsinnig; häufig Kopfschmerzen.

197. 8jähriger Knabe: Vater Trinker.

198. 9jähriger Knabe: In der Aszendenz vielfach Trunksucht.

199. 10jähriger Knabe: Geschwister der Mutter geistig zurückgeblieben.

200. 8jähriger Knabe: Zwillingskind; eine ältere Schwester schwachbegabt; Bettnässer.

201. 9jähriger Knabe: Mutter unheilbar geisteskrank; zerrüttete Familie.

202. 10jähriger Knabe: Vater lungenkrank; Schwester schwachbefähigt.

203. 8jähriger Knabe: Vater Trinker; Großeltern lungenleidend.

Die vorstehenden Lebensverhältnisse von 203 Frankfurter Hilfsschulzöglingen führen zu dem Schlusse, daß das degenerative Moment bei der Imbezillität, wie sie sich in den Hilfsschulen offenbart, eine große Rolle spielt.

Es sind besonders schulpflichtige Kinder unehelicher Geburt, dann die aus tuberkulösen und Trinkerfamilien stammenden Individuen, die eine erhebliche Minderwertigkeit darbieten. Ferner muß in ätiologischer Hinsicht der „zerrütteten Familie“ eine große Bedeutung zugesprochen werden. Inwieweit da die Trunksucht oder auch moralische Defektzustände eines der Ehegatten den Notstand und die Auflösung der Familie, Trennung und Ehescheidung verschuldet haben, ist nicht immer leicht festzustellen. Endlich spielen Kriminalität und chronische Geistesstörungen in der Aszendenz, besonders Beschränktheit der Mütter eine ganz erhebliche Rolle. Die Häufigkeit von Aborten, der Kinderreichtum, die Cassel in Berlin wie auch wir in Frankfurt, wenn auch nicht in so ausgeprägtem Grade, in der Familie der Imbezillen nachweisen konnten, und das wiederholte Auftreten der Minderwertigkeit unter Geschwistern sind charakteristische Merkmale jener auffälligen Degeneration, wie sie sich in dem den Hilfsschulen zufließenden Schülermateriale ausdrückt.

Von anderweitigen Erhebungen über Ursachen und körperliche Begleiterscheinungen der Minderwertigkeit von Schulkindern hebe ich folgendes hervor:

Dr. Marr hat bei dem Jahrgang 1903 der Hamburger acht Hilfsschulen in einer Gesamtzahl von 247 Schülern auch die Ursachen ihres Schwachsinns zu ergründen versucht. Auch ihm erschien es auffallend, wie oft die Häufung von Fällen schwachbefähigter Kinder in derselben Familie auftritt. Mehr als 57 von 241 Familien, also fast ein Viertel aller Fälle, wiesen mehr als ein schwachbefähigtes Kind auf.

241 waren außerehelich geboren (1895—1899 betrugen in Hamburg die unehelichen Geburten zu den ehelichen 12.04 %). Nur ein Kind entstammte einer Verwandtschaftsehe, aber mit psychopathischer Belastung.

134 Familien hatten jede mehr wie 5 Kinder (29 hatten 6, 20 je 7, 19 je 8, 14 je 9 Kinder, 11 je 10 Kinder, 41 über 10 usw.). Alkoholismus des Vaters oder der Großeltern konnte in 52 Fällen mit Sicherheit nachgewiesen werden: 140 Kinder boten Zeichen von mehr oder minder ausgesprochener Skrofulose dar, darunter 77 mit erblicher tuberkulöser Belastung. Bei 119, also der Hälfte der Untersuchten, war deutliche neuropathische oder psychopathische Belastung nachweisbar. Die Degenerationszeichen waren wie in Frankfurt so auch in Hamburg in der Hilfsschule relativ selten zu finden.

„Es ist durchaus nicht zutreffend, daß etwa allen Schülern der Hilfsschule ihr geistiger Defekt am Gesicht abzulesen sei. Man sieht im Gegenteil fast intelligente, aufgeweckte, lebhafte Gesichter unter ihnen; erst die Unterhaltung mit ihnen führt schnell zu dem Resultat, daß es mit ihrem Verständnis nicht weit her ist . . . .“

Zu ähnlichen statistischen Ergebnissen kam Doll bei seinen Untersuchungen an der Karlsruher Hilfsschule. Sie decken sich mit den schon früher von mir (l. c.) veröffentlichten Frankfurter Erfahrungen, sowohl wie mit denen Berkhans von Braunschweig und Cassels von Berlin. Zum großen Teile wurden auch von Doll Familiengeschichte und Vorgeschichte der Hilfsschüler, der allgemeine Eindruck usw. berücksichtigt. Es wurden ferner die Messungen der Körperlänge und Wägungen in der Hilfsschule mit denen in einer Normalschule und mit den Beobachtungen an den Karlsruher Ferienkolonisten verglichen. Es wird dabei von Doll der sehr interessante zahlenmäßige Beweis für die auch sonst bekannte Tatsache erbracht, „daß geistige und körperliche Minderwertigkeit zwar häufig vereint vorkommen, daß sie sich aber keineswegs gegenseitig bedingen“.

Auch von Doll wird die immer noch Gläubige findende Legende, „daß nach Entfernung adenoider Wucherungen im Rachen nun plötzlich die Geisteskräfte erwachen sollen“, gründlich zerstört. Marr hatte unter 241 Hilfsschulzöglingen 19 mal behinderte Nasenatmung mit adenoiden Vegetationen erörtert; acht davon waren schon einmal operiert worden. „In allen diesen Fällen hatte die Operation weder die geistigen Fähigkeiten günstig beeinflußt, noch eine bessere Luftführung durch die Nase und eine bessere Sprache zur Folge gehabt“. Schmidt-Monnard rühmt die Wirkung bei einzelnen Fällen. Ich habe in Frankfurt a. M. bei Hilfsschülern — so oft und so gründlich sie auch operiert worden sind — nie einen Erfolg davon gesehen!

In Hannover bestand unter 77 Zöglingen der Hilfsschulen in 16 Fällen Vergrößerung der Mandeln, namentlich der Rachenmandeln. Dieselbe war bei einer Reihe von Kindern operativ entfernt worden. Die von anderer Seite behauptete günstige Wirkung auf den Geisteszustand der Kinder ist auch da meist ausgeblieben, in keinem Falle

jedoch eine dauernde gewesen — Verdacht auf tuberkulösen Lungenkatarrh bestand in zwei Fällen.

Unter 72 Hilfsschülern hatten 37,5 einen defekten Farbensinn, so daß Doll mit Recht und übereinstimmend mit meinen eigenen schulärztlichen Beobachtungen diesen Mangel „als Index des Schwachsinns überhaupt“ ansieht.

Von großem Interesse erscheint ein Punkt der Schlußfolgerungen, die Doll bei der Kleinheit des Materials allerdings sehr vorsichtig zieht, das ist das numerische Überwiegen der schwachsinnigen Knaben gegenüber den Mädchen in Deutschland; Verhältnis: 77,9 Mädchen zu 100 Knaben; in Karlsruhe im laufenden Schuljahre 714:100. Ja, Doll glaubt beweisen zu können, daß nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ die geistige und körperliche Minderwertigkeit bei den Knaben der Hilfsschule stärker vertreten ist als bei den Mädchen. — In Frankfurt waren im Jahre 1904 unter den 138 zur Hilfsschule Angemeldeten 66 Mädchen und 72 Knaben; im Jahre 1905 unter den 140 Angemeldeten 64 Mädchen und 76 Knaben. — Im Jahre 1906 unter 170 Angemeldeten 68 Mädchen und 102 Knaben.

Thiemich erwähnt in seinem Bericht 1904/5 unter 142 untersuchten Lernanfängern der Breslauer Hilfsschulen 82 Knaben und 60 Mädchen. All diesen Feststellungen analog ist die Tabelle von Bayerthal (Worms).

| Jahr | Gesamtschülerzahl | a) Knaben | b) Mädchen | Hilfsschüler | a) Knaben | b) Mädchen | Prozentsatz der Hilfsschüler |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1899/00 | 5022 | 2503 | 2519 | 28 | 17 | 11 | 0,55 % |
| 1900/01 | 5106 | 2515 | 2591 | 34 | 22 | 12 | 0,66 % |
| 1901/02 | 5312 | 2614 | 2698 | 43 {K. 1 24, K. 2 19} | 28 {K. 1 14, K. 2 14} | 15 {K. 1 10, K. 2 5} | 0,80 % |
| 1902/03 | 5576 | 2775 | 2801 | 47 {K. 1 25, K. 2 22} | 28 {K. 1 13, K. 2 15} | 19 {K. 1 12, K. 2 7} | 0,84 % |
| 1903/04 | 5805 | 2903 | 2902 | 51 {K. 1 21, K. 2 27} | 29 {K. 1 14, K. 2 15} | 22 {K. 1 10, K. 2 12} | 0,87 % |

Dr. Bollhagen (Hannover) fand (s. „Gesunde Jugend“ 1904 S. 257) unter 71 Hilfsschulkindern 44 Knaben und 27 Mädchen.

Schmidt-Monnard (Halle) prüfte die Ursachen der Minderbegabung von 126 Hallenser Hilfsschulzöglingen:

„In mißlicher Lage“, so führt er aus, „war mehr als die Hälfte der Familien, der dritte Teil war reich an unversorgten Kindern, ein Fünftel völlig verarmt und gar manche Eltern kränklich und erwerbsunfähig. Von großem Einfluß auf die verminderte Leistungsfähigkeit der Kinder war ferner die moralische Führung der Familie. Bei etwas über die Hälfte aller Familien war gegen den Lebenswandel der Eltern nichts einzuwenden, und einem Drittel derselben wurde ausdrücklich ein gutes Leumundszeugnis ausgestellt. Dagegen waren bei 47 Familien,

welche 40 % der Beobachteten ausmachten, in 55 Fällen Beanstandungen bezüglich des Lebenswandels der Eltern erfolgt. Nach diesen Angaben waren von diesen bestraft 51 %, trieben Prostitution 25 %, waren trunksüchtig 14 %, lebten liederlich und in ungeordneten Verhältnissen 10 %. Diese Lebensweise der Eltern hatte einen direkt schädigenden Einfluß auf die Leistungen der Kinder, indem aus den ordentlichen Familien ein großer Prozentsatz wenigstens mittelmäßiger Schüler hervorging, aus den Trinkerfamilien fast nur schlechte Schüler, wie die folgende Tabelle zeigt:

Einfluß des moralischen Zustandes der Eltern auf die Leistungen der Kinder in der Schule:

| Leistungen (in %) bei Kindern | gute | mittelmäßige | schlechte |
|---|---|---|---|
| von 6 Trinkern . . . . . | 0 | 16 | 84 |
| von 11 Prostituierten . . . | 18 | 36 | 46 |
| von 25 Bestraften . . . . | 4 | 52 | 44 |
| von 62 Ordentlichen . . . . | 5 | 64 | 31 |

Bollhagen fand unter seinen 71 Untersuchten (1902/03) nur 3 Unehelichgeborene, aber das hereditäre Moment in Form der Lungenschwindsucht fand sich bei 19 (26,7 %) der Kinder, und zwar war die Krankheit in 17 Fällen bei einem der Eltern vorgekommen. Solche Zahlen findet man auch, so meint er, in der Aszendenz geistig gesunder Kinder der Arbeiterbevölkerung. Schlüsse daraus zu ziehen auf einen Zusammenhang zwischen Tuberkulose der Erzeuger und Schwachsinn der Kinder hält B. nicht für erlaubt.

Vollentwickelte Geisteskrankheiten in der Aszendenz sind bei drei Kindern vorgekommen. Angeborener Schwachsinn bzw. Idiotie kommt in 21 der Familien (29,5 %) auch sonst vor, so daß neun der Kinder Geschwister haben, welche ebenfalls die Hilfsschule besuchen. Epilepsie kommt in einer Anzahl von 22 Fällen bei den Angehörigen von 16 Kindern (22,5 %) vor. „Gehirnentzündung" wird viermal, Gehirnlähmung der Kinder einmal, Stottern ebenfalls einmal angegeben. — In 16 Familien (22,5 %) finden sich Trinker. Hasenscharte bzw. Wolfsrachen war bei Angehörigen dreier Kinder nachweisbar.

Nur bei 10 von 71 Kindern (13,9 %) findet sich keine erbliche Belastung. Diese Zahlen fallen um so mehr ins Gewicht, als Erhebungen über das Vorkommen der ätiologisch so überaus wichtigen Syphilis in unseren Fällen fast gänzlich im Stich lassen.

Bei 31 Kindern der Meininger Hilfsklassen war in 45 % Trunksucht der Eltern vorhanden; in nahezu 50 % herrschten die denkbar traurigsten und ärmlichsten Verhältnisse (Leubuscher).

Auf jeden Fall bestätigen die gewonnenen Zahlen die bekannte Tatsache: die Ursachen des kindlichen Schwachsinns setzen zum Teil schon vor der Zeugung des Kindes ein, insofern eine abnorme Beschaffenheit der Aszendenz, körperliche oder geistige Krankheit, lasterhafte Veranlagung die Entstehung des Schwachsinns beim Kinde begünstigen.

Eine Reihe von Mißbildungen und sogenannten Degenerationszeichen war auch Bollhagen aufgefallen.

Einmal findet sich (operierte) Hasenscharte, zweimal die sogenannte Mongolenfalte am oberen Augenlide. In einem Falle fand sich angeborenes Kolobom. Dreimal waren die Pupillen von ungleicher Größe, einmal zeigte sich die Pupille nach der Peripherie verschoben. In 13 Fällen wurden angewachsene Ohrläppchen gefunden. Die Zahnstellung war bei ebenfalls 13 Kindern eine unregelmäßige; in 18 Fällen waren die Zähne gekerbt und mit Rissen versehen. Auffallend steiler Gaumen fand sich elfmal. Einmal wurde angeborener Herzfehler mit starker Blausucht festgestellt.

Da die Beziehungen des Kopfumfanges zur Intelligenz in den letzten Jahren besonders von Moebius zum Gegenstande von eingehenden Forschungen gemacht worden sind, so sind die Messungen Bayerthals an den Wormser Hilfsklassen und Normalklassen bemerkenswert:

„Für die Kopfumfänge der schwachsinnigen Schüler fanden sich folgende Maße:

Knaben:

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Alter: | 8 | Jahre | **49,5** | **49,5** | | | | | | | |
| „ | 9 | „ | 53 | 52 | **51,5** | | | | | | |
| „ | 10 | „ | 52,5 | 53,5 | **51,5** | **51,5** | **50,5** | **50** | | | |
| „ | 11 | „ | 54,5 | 52 | **51,5** | **50,5** | | | | | |
| „ | 12 | „ | 53 | 52 | 52 | **51,5** | **51** | **51** | **50** | **50** | **48,5** |
| „ | 13 | „ | **51,5** | **51** | | | | | | | |
| „ | 14 | „ | 53 | 52,5 | **52** | **52** | | | | | |
| „ | 15 | „ | **52,5** | **52,5** | | | | | | | |

Unter 387 normal befähigten Schulkindern ergab sich für die Kopfgröße in Klasse VII der Volksschule ($7^1/_2$—$8^1/_2$ jähriger) geistig und körperlich gesunder Schüler:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| von 36 | Knaben mit d. Note | I | ein Mittelmaß von | 51,46 cm | (Max. | 55 cm) |
| „ 94 | „ „ „ „ | II | „ „ „ | 50,93 „ | ( „ | 53,5 „) |
| „ 66 | „ „ „ „ | III | „ „ „ | 50,33 „ | ( „ | 52,5 „) |
| „ 29 | „ „ „ „ | IV | „ „ „ | 49,60 „ | ( „ | 52 „) |
| „ 9 | „ „ „ „ | V VI | „ „ „ | 49,60 „ | ( „ | 50,5 „) |
| von 17 | Mädchen m. d. Note | I | ein Mittelmaß von | 50,00 cm | (Max. | 52 cm) |
| „ 46 | „ „ „ „ | II | „ „ „ | 49,83 „ | ( „ | 52 „) |
| „ 41 | „ „ „ „ | III | „ „ „ | 49,44 „ | ( „ | 52 „) |
| „ 25 | „ „ „ „ | IV | „ „ „ | 49,16 „ | ( „ | 51,5 „) |
| „ 15 | „ „ „ „ | V/VI | „ „ „ | 48,84 „ | ( „ | 50,5 „) |

In einer Mädchenklasse wurden von der betreffenden Lehrerin die Kinder nach ihrer intellektuellen Veranlagung mit

I gut, II mittelmäßig, III schlecht zensiert.

Es fanden sich hier:

bei 25 Mädchen mit Veranlagung I eine durchschnittliche Kopfgröße von 49,6 cm (Max. 51,5);

bei 13 Mädchen mit Veranlagung II eine durchschnittliche Kopfgröße von 49,16 cm (Max. 51);

bei 10 Mädchen mit Veranlagung III eine durchschnittliche Kopfgröße von 48,75 cm (Max. 50,5).

Vergleicht man die erhaltenen Durchschnittszahlen mit den Kopfmaßen unserer 8jährigen Hilfsschulkinder, so ergibt sich, daß der Schädelumfang der letzteren hinter der Durchschnittsgröße des Kopfes derjenigen Kinder zurückbleibt, welche den Anforderungen der Normalschule noch genügen."

Doll hat dagegen auf Grund der Vergleiche der Kopfumfänge der Hilfsschulzöglinge von Karlsruhe und mit den entsprechenden Montis'chen Durchschnittsmaßen die Meinung vertreten, „daß alle Schlußfolgerungen, die man aus der Größe und der Gestalt eines Schädels auf die darin wohnende Intelligenz ziehen möchte, auf sehr schwachen Füßen stehen". Auch Eyerich und Loewenfeld fand sowohl bei Schulkindern, von denen sie 312 aus Münchener Volksschulen untersuchten, sowie bei 935 Soldaten keine konstanten Beziehungen zwischen Kopfumfang und dem Grad der intellektuellen Entwicklung. Sie sahen, daß bei den Schulkindern der einzelnen Schul- und Altersklassen die intelligenteren Individuen unter den Besitzern des größeren Kopfumfanges nicht reichlicher vertreten sind, als die weniger Begabten. Andererseits finden sich unter den Besitzern der größeren Kopfmasse ebenfalls noch Schwachbegabte; auch Vollbefähigte mit relativ geringem Kopfmaße fehlen nicht.

Aus diesem schon recht reichlichen ärztlichen Beobachtungsmaterial der Hilfsschulen an verschiedenen Orten geht mit großer Bestimmtheit hervor, daß fast überall die Lungenschwindsucht, der Alkoholismus, die Geistesschwäche, die Kriminalität, Armut als solche und der Verfall der Familie als ursächliche Momente des kindlichen Schwachsinns eine erhebliche Rolle spielen.

Es wäre natürlich von der größten Bedeutung, wenn man entweder gewisse körperliche Abnormitäten, Anomalien des Schädels sowie Asymmetrien des Gesichts, auch Sprachfehler etc. oder seelische Eigentümlichkeiten, Gedächtnismängel, Langsamkeit der Auffassung, Charakteranomalien immer wieder bei derselben Form erblicher Belastung, z. B. bei Alkoholismus des Vaters, Beschränktheit der Mutter, Kriminalität der Erzeuger, tuberkulöser Belastung in der Aszendenz auffinden würde. Es wären damit vielleicht auch Anhaltspunkte für pädagogische Maßnahmen, auch für ärztliche Berücksichtigung gewisser Schwächezustände gewonnen. Man könnte unter Umständen tuberkulös Belastete von den eigentlichen Hereditariern trennen; es wäre ein leichtes, Waldschulen

wie in Charlottenburg. Ferien- und Stadtkolonien mehr den körperlich als den seelisch belasteten Kindern zugänglich zu machen u. a. m.

Von einem solchen Ziele, das sich die gemeinsame Beobachtung der Pädagogen und Psychiater zu stecken hätte, sind wir natürlich noch sehr weit entfernt (Marr, Kräpelin, Sommer). Es ist dies ja besonders schwierig, da z. B. der Alkoholismus sehr oft auf der Grundlage des Schwachsinns erwächst; die tödliche Tuberkulose befällt nicht selten den Trinker oder die Trinkerin; Armut und Verwahrlosung der Kinder treten auch als Folgen von intellektuellen und moralischen Defekten der Erzeuger gar nicht so selten auf. Eine strenge Differenzierung der schwachen Geister nach ätiologischen Gesichtspunkten ist also ein frommer, wenn auch berechtigter Wunsch der klinischen Psychiatrie, an dessen Erfüllung zwar Ärzte und Lehrer an den Hilfsschulen auch noch weiter arbeiten sollten. Die Häufung der Ursachen in jedem einzelnen Falle wird aber den Erfolg der Bemühungen sehr erschweren.

Diejenige Form von Imbezillität, die einen Hilfsschulunterricht nötig macht, wird in den meisten Fällen im allgemeinen von Ärzten und Pädagogen daran erkannt, daß der Träger nach Ablauf des ersten, spätestens des zweiten Schuljahres nicht imstande ist, im Zahlenraum von 1—20 zu rechnen, während die Schreib- und Lesefähigkeit unter Umständen den mäßigen Anforderungen der Unterstufe einer Volksschule noch zu genügen vermag.

## Die Art und die Ziele des Unterrichts an Hilfsschulen.

In Frankfurt a/M. besteht die Hilfsschule, wie schon erwähnt wurde, aus sechs Klassen zu 20—22 Zöglingen, in Mannheim aus vier Klassen, in Halle aus fünf Klassen. Männel spricht mit Recht den Wunsch aus, daß nicht mehr als 15 Schüler in den unteren, 20 in den mittleren und 25 in den oberen Hilfsschulklassen vereinigt werden sollten. In allen Hilfsklassen werden Knaben und Mädchen gemeinsam unterrichtet. Zweckmäßig erscheint es, wie in Frankfurt so allerwärts, bei Aufstellung des Stundenplans das den Imbezillen fast ohne Ausnahme schwer fallende Rechnen in allen Klassen auf dieselbe Stunde zu verlegen, so daß in diesem Fache einzelne Gruppen nicht nach Jahrgängen, sondern nach Fähigkeiten unterrichtet werden könnten. Zu vermeiden ist jeglicher Nachmittagsunterricht.

In Halle hat die Hilfsschule folgenden Unterrichtsplan:

| Unterrichtsfächer: | Kl. I | Kl. II | Kl. III | Kl. IV | Kl. V. |
|---|---|---|---|---|---|
| Religion | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Rechnen | 4 (5) | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Deutsch | 7 | 7 | 6 | 6 | — |
| Schreiben | 1 | 1 | 2 | 2 | — |
| Anschauung | — | — | 4 | 4 | 9 |
| Zeichnen | 2 (1) | 2 | 1 | — | — |
| Geschichte | 2 | 2 | — | — | — |
| Erdbeschreibung | 2 | 2 | — | — | — |
| Naturbeschreibung | 2 | 2 | — | — | — |
| Gesang | 2 | 2 | 2 | 1 | — |
| Turnen | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Handfertigkeit | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Summa: | 30 | 30 | 28 | 26 | 22 |

Ich bin weit davon entfernt, irgendwelche speziell ärztliche Vorschläge zur Aufstellung von Stunden- und Lehrplänen den Lehrern geben zu wollen. Denn nichts hat mir in meiner langjährigen Tätigkeit an den Frankfurter Schulen mehr imponiert, als die Kunst, die die Schulleiter in dieser Richtung entwickelten. Es ist sehr leicht, nach streng hygienischen Grundsätzen sich in allgemeinen Redewendungen über das „Zuviel“ und das „Zuwenig“ zu ergehen, was dabei Nichtärzte tun und lassen. Aber wer noch niemals zugesehen hat, wie ein Schulrektor für das kommende Semester einen Stundenplan macht, gesetzliche Vorschriften, die sich alljährlich ändern, sowie Wünsche der Lehrer und Lehrerinnen je nach ihrem Alter, nach ihrer Gesundheit berücksichtigt, ihrer Leistungsfähigkeit und Eigenart Rechnung trägt, die Räume, Turn-, Singsäle — wenn solche vorhanden sind — richtig ausnützt, dabei immer den „Etat schont“, „der kennt euch nicht ihr himmlischen Mächte“!

Schlesinger hat 70 Zöglinge der Straßburger Hilfsschule (drei Sonderklassen zu je zwei Stufen; Lernziel Mittelstufe der Elementarschule) nach der ästhesiometrischen Methode Grieshachs auf ihre Ermüdbarkeit bei Tastreizen geprüft und zu Kontrollzwecken normale Volksschulkinder mit ihnen verglichen. Es handelt sich um Kinder im Alter von 8—12 Jahren, von denen er 23 % (16 aus der Unterstufe) ausscheiden mußte, da ihre Begriffsbildung für das Verständnis der anzustellenden Versuche nicht ausreichend erschien. Verwandt wurde ein recht leichter Zirkel (Ästhesiometer Eulenburgs). — Als das wichtigste Ergebnis für die Praxis bezeichnet S. die Erkenntnis, daß der Unterricht für Schwachbegabte, so wie er im Lehrplan festgelegt ist, im allgemeinen keine Ermüdungswirkungen im Gefolge hat, die das normale

Maß überschritten und nicht an demselben Tage wieder ausgeglichen wurden. Von einer Überbürdung der Zöglinge der Straßburger Hilfsschüler könne nicht die Rede sein. Wesentliche Änderungen des Lehrplanes seien nicht nötig. In einer großen Reihe von Fällen schien der Verlauf der ästhesiometrischen Kurve zu einem großen Teile in der Individualität des einzelnen Schülers, in seiner Lebensweise und Lebensführung und in seiner krankhaften Eigenart zu liegen. Später Schulbeginn sei empfehlenswert, da verhältnismäßig viele Kinder morgens einen hohen Schwellenwert aufweisen. Die Kinder haben drei Vormittagsstunden, dann zwei Stunden Mittagspause; diese bringt keine deutliche Erholung. Sch. schlägt vor, die Pause um eine Stunde zu verlängern und von 2—4 nur Handfertigkeitsunterricht zu geben. Während in Frankfurt und in Braunschweig (Kielhorns Bericht auf dem II. Verbandstag 1899) mit dem ungeteilten Vormittagsunterricht (bei Freibleiben des Nachmittags) gute Erfahrungen gemacht wurden, verwirft ihn Sch. nach seinen Ermüdungsmessungen. Sch. hofft die allenthalben hervortretende Ermüdungswirkung des Nachmittagsunterrichtes durch die Hinausschiebung seines Beginns auf zwei Uhr verhindern zu können. — Aus der eigenen Schulzeit sind wohl jedem, auch dem Gutbegabten, die besonders im Sommer „bis zur Erschlaffung" ermüdenden Nachmittagsstunden in schrecklicher Erinnerung. — Ich habe mich in Frankfurt, als die Wiedereinführung von nur einigen Nachmittagsstunden für Unterweisung der Hilfsschulzöglinge in technischen Fächern, Singen etc., in Frage stand, mit aller Entschiedenheit dagegen ausgesprochen. Es ist auch wegen der für Imbezille dringend nötigen Abkürzung der Schulwege der ungeteilte Vormittagsunterricht mit möglichst vielen Pausen dem von Schlesinger empfohlenen Modus vorzuziehen, auch wenn nur technische Fächer ihn ausfüllen.

Gut wäre ja die Speisung der armen Hilfsschulzöglinge in der Schule. Wenn erst diese Frage erledigt sein sollte, könnte man mit Handfertigkeit, Spielen, Singen, Spaziergängen, Gartenarbeit etc. auch den Nachmittag in der Schule verbringen.

Trotzdem bin ich als Schularzt der Städtischen Hilfsschule nie müde geworden, zu betonen, daß jede Anpassung des Stundenplanes an die abnormen Schwächezustände des kindlichen Geistes eine Herabminderung des Pensums der einzelnen Klassen bringen müßte. Jede Reformation des Hilfsschulunterrichts könnte nur in einer Veringerung der Ansprüche an die Leistungen der Debilen und der Imbezillen bestehen, die in die Hilfsklassen und Hilfsschulen nach genauer Auslese aus den Normalschulen eingewiesen werden. Wie das im einzelnen gemacht werden muß, inwieweit halbstündiger Unterricht, mehr Anschauungs-, Sprach-, Handfertigkeitsunterricht zur Vermeidung von Übermüdung, Abwechslung von schwereren

und leichteren Fächern ermöglicht werden kann, ist Sache des Pädagogen. Das schon wiederholt genannte Buch von Maenel enthält auch das alles, was man von einem hygienisch denkenden Lehrer verlangen kann. Mit einer gewissen Strenge sollten die Schulärzte darüber wachen, daß keine Hilfsklasse mehr als 15 bis höchsteus 18 Schüler aufnehme. — Leider wird auch in Frankfurt, wo mustergiltige Schulhygiene getrieben wird, darin gefehlt und die Ausnützung gegebener Räume hier und da für wichtiger gehalten, als die Erfüllung dieses schulhygienischen Grundsatzes! So betrug die durchschnittliche Klassenfrequenz der 14 Hilfsschulklassen im Schuljahr 1904 22,50!

Wenn ich die Eindrücke schildern soll, die sich mir aufdrängten, solange ich den Unterrichtsstunden in den Frankfurter Hilfsschulen beiwohnen durfte, möchte ich mich dahin aussprechen, daß die Auswahl des Lehrpersonals für die Hilfsschulen für die ebenerwähnten hygienischen Forderungen eine große Bedeutung hat. Von den Lehrkräften, die früher an Normalschulen tätig waren, sollten gerade die besten Kräfte gut genug für die Hilfsschulen sein. Junge, unerfahrene Lehrer, die eben das Seminar verlassen haben, sollten von ihnen ganz fern bleiben. Das vereinzelte Hospitieren in den Hilfsschulen kann hier als richtige Vorbildung nicht gelten! Das weibliche Lehrpersonal an Hilfsschulen erschien mir mitunter bewundernswert in Geduld, Nachsicht und sozialer bzw. gesundheitlicher Fürsorge. Notwendig ist, daß wenigstens zwei Drittel der Lehrkräfte entweder schon an Hilfsschulen oder, was noch besser wäre, an Idioten-, Taubstummen- oder Blindenanstalten einige Jahre lang gewirkt haben. Nur die so vorgebildeten Lehrpersonen werden die Erwartungen nicht zu hoch spannen und nicht „Paradestücke“ aus den Imbezillen machen wollen. Maximalleistungen können von Minderwertigen niemals erwartet werden. — Gerade die höchsten Schulinstanzen erfüllen, soweit ich das zu heurteilen vermag, nach Möglichkeit die hygienische Pflicht einer Einschränkung des Lehrziels und der Klassenfrequenz in den Hilfsschulen.

So hat der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten von Preußen am 2. Januar 1905 als Ergebnis der über den zeitigen Stand des Hilfsschulwesens erstatteten Berichte u. a. folgendes bekannt gegeben:

Die Zahl der Hilfsschulen ist seit 1892 von 26 mit 64 Lehrkräften und 700 Schulkindern auf 143 mit 198 vollbeschaftigten Lehrern und Lehrerinnen nebst 31 Handarbeitslehrerinnen und 8207 Schulkindern gestiegen.

Es wird die Überweisung der Zöglinge in die Hilfsschule überall von vorheriger eingehender Untersuchung durch einen wenn möglich mit amtlichem Charakter versehenen Arzt abhängig gemacht, die körperliche und geistige Entwicklung der Schüler dauernder Überwachung unter steter ärztlicher Mitwirkung unterstellt.

Von allen Seiten wird ferner anerkannt, daß für den Lehrplan der Hilfsschule, ihre Klassengliederung und für die Lehrziele der einzelnen Klassen allge-

meingültige Vorschriften nicht gegeben werden können, daß vielmehr dabei den besonderen Verhältnissen der Schule in jedem einzelnen Falle Rechnung zu tragen sei . . . .

In die Hilfsschule gehören nicht die an sich normal beanlagten Kinder, die erziehlich vernachlässigt oder infolge von Kränklichkeit usw. zurückgeblieben sind, sondern nur die für den Volksschulunterricht als zweifellos nicht hinreichend begabt anerkannten Kinder. Die ärztlichen Erfahrungen sprechen dafür, daß bei diesen Kindern regelmäßig eine krankhafte Störung vorliegt, auf deren Heilung nicht immer zu rechnen ist. Die Hilfsschule ist keine Nachhilfschule, und sie verfolgt nicht das Bestreben, die ihr anvertrauten Kinder nach einiger Zeit in die Volksschule zurückzubringen. Wo Kinder aus einer Hilfsschule anders als ausnahmsweise in die Volksschule zurückversetzt worden sind, darf man vermuten, daß bei der Aufnahme in die erstere fehlgegriffen ist. Sollten aber aus Rücksichten der Überfüllung oder aus sonstigen äußerlichen Gründen wirklich schwachbegabte Kinder in Klassen normal beanlagter Schulkinder zurückversetzt worden sein, so ist ein solches Vorgehen unbedingt zu verbieten.

Die Schwierigkeiten, welche die schwachsinnigen Kinder einem geregelten Unterrichte bereiten, werden dadurch noch vermehrt, daß diese Kinder untereinander sehr verschieden geartet sind, sowohl nach ihren geistigen Fähigkeiten, als auch in ihren sittlichen Neigungen und in ihrem ethischen Verständnis. Deshalb ist hier eine weitgehende individuelle Behandlung erforderlich, die nur in kleinen Klassen durchführbar ist.

Es ist ferner daran festzuhalten, daß die eigentliche Erziehung, die Anleitung des Kindes zum Guten, die Anregung und Pflege seines Gemüts, die Gewöhnung an gute Sitte und Ordnung, die Hauptaufgabe der Hilfsschule sein muß, gegen welche die Aneignung von Kenntnissen zurückzutreten hat. Neben der Erziehung verlangt aber auch die Vorbildung der Erwerbsfähigkeit bei diesen Kindern, die meistens in hohem Maße auf diese angewiesen sind, eine weitgehende Berücksichtigung. Deshalb wird in guten Hilfsschulen eine ausgiebige Übung von Auge und Hand durch allerlei Handarbeiten und Handfertigkeiten, Gartenbau, Blumenpflege u. dgl. erstrebt. Auch die geistig beschränktesten Kinder können für gewisse Fähigkeiten ein Geschick erwerben. Nichts vermag aber diese Kinder in ihrem persönlichen und sittlichen Empfinden mehr zu heben, als das Bewußtsein irgendeiner Leistungsfähigkeit.

Besondere Aufmerksamkeit wird mit Recht der Verteilung der Kinder auf die einzelnen Klassen der mehrklassigen Hilfsschulen zugewandt, weil hierbei völlig andere Grundsätze zu gelten haben, als bei Schülerversetzungen in anderen Schulen. Denn hier handelt es sich nicht darum, zur Erreichung eines Endzieles der Anstalt möglichst alle Kinder durch alle Klassen zu bringen, sondern darum, jedes Kind in die für seine Beanlagung passendste Klassen gelangen zu lassen. Diese Kinder sind weder für alle Lehrgegenstände in gleichem Grade minderbegabt, noch schreiten sie auf den verschiedenen Gebieten gleichmäßig nebeneinander fort. Ein Kind kann im Rechnen eine Zeitlang leidliche Fortschritte machen, während es im Deutschen stehen bleibt; bei einem anderen kann das Umgekehrte eintreten. Das eine Kind lernt verhältnismäßig gut zeichnen, ein anderes ist für die Zeichenkunst unzugänglich. Es gehört daher auch zu den Besonderheiten der Hilfsschule, daß ein Teil der Kinder über das Ziel der untersten Klasse überhaupt nicht hinauskommt, ein Teil bis zum Ende der Schulpflichtzeit in der zweiten Klasse sitzen bleibt usf. und nur ein kleinerer Teil die oberste Klasse einer mehrklassigen Hilfsschule erledigt. Die Erfahrung zeigt ferner, daß ein Kind in mehreren Lehrgegenständen für die nächstfolgende Klasse reif sein kann, während es in dem einen oder anderen Fache ganz zurückgeblieben ist und infolgedessen mit der Maßgabe

in die andere Klasse versetzt werden muß, daß es in verschiedenen Stunden in seiner bisherigen Klasse weiterarbeitet. Daher hat die Einrichtung der Überordnung mehrerer Klassen hier hauptsächlich den Zweck, die einzelnen Kinder je nach dem Grade ihrer Fähigkeiten weiterzubringen und nach Möglichkeit die Kinder gleicher Arbeitsfähigkeit zu vereinigen. Fernzuhalten ist das Bestreben, das Lernziel der Schule durch Einrichtung vieler Klassen möglichst hoch zu treiben.

Gleichwohl muß aber darauf Bedacht genommen werden, daß die Vorbildung der aus der Schule ins Leben hinaustretenden Kinder vor ihrer Entlassung zu einem gewissen Abschluß gebracht werde.

Es ist nicht zu verwundern, wenn so vielfach auf die großen Schwierigkeiten hingewiesen wird, welche der Aufstellung eines guten Lehrplanes entgegenstehen, und doch kann auf einen solchen hier am wenigsten verzichtet werden. Der Lehrplan muß sogar vielfach jahrweise durchgesehen werden, damit die gemachten Erfahrungen verwertet und zugleich die oft großen Unterschiede der aufeinanderfolgenden Schülerjahrgänge berücksichtigt werden können.

Für eine grundsätzliche Trennung der Knaben und Mädchen im Unterrichte der Hilfsschule spricht die Erfahrung nicht. Man hat daher in kleineren Orten auch nicht nötig, gleich mit zwei Klassen anzufangen .... Es wird darüber keine Meinungsverschiedenheit bestehen, daß die geistig leicht ermüdenden Hilfsschulkinder nicht über vier Stunden täglich mit Lernen zu beschäftigen sind. Nach $^1/_2$—$^3/_4$ stündiger Lernarbeit muß regelmäßig eine kleine Erholung oder die Beschäftigung mit Gartenbau, mit Turnen, Handarbeiten oder Handfertigkeiten eintreten. Da aber auch hierbei die Lehrer und Lehrerinnen in Tätigkeit bleiben, so ergibt sich ein Unterschied zwischen der Zahl der Gesamtschulstunden und der der wirklichen Lernstunden der Hilfsschule. Anerkennung verdient es, wenn Lehrer und Lehrerinnen mit den Hilfsschulkindern häufigere Spaziergänge unternehmen und sich mit ihnen im Freien unterhalten.

## Das Verhältnis der Hilfsschulbedürftigen zur Gesamtzahl der Schulpflichtigen.

In der folgenden Tabelle ist die Frequenz der städtischen Mittel- und Bürgerschulen von Frankfurt a./M. gegeben; hinzuzurechnen ist in der Rubrik 2 eine Zahl von etwa 1000 Schulkindern. Sie entstammen nichtstädtischen, z. B. konfessionellen (katholischen und jüdischen), Volksschulen, die der städtischen Schuldeputation unterstellt sind und ihre schwachsinnigen Zöglinge alljährlich den Hilfsschulen zuweisen.

| 1<br>Schuljahr | 2<br>Zahl der Mittel- u. Bürgerschulzöglinge | 3<br>Hilfsschulmeldungen | 4<br>Prozentverhältnis |
|---|---|---|---|
| 1900 | 22 961 (+ 1000) | 89 | 3,71 ‰ |
| 1901 | 26 819 (+ 1000) | 102[1]) | 3,66 ‰ |
| 1902 | 27 519 (+ 1000) | 85 | 2,98 ‰ |
| 1903 | 28 865 (+ 1000) | 106 | 3,55 ‰ |
| 1904 | 30 394 (+ 1000) | 138 | 4,39 ‰ |
| 1905 | 43 202 (+ 1000) | 140 | 3,17 ‰ |
| 1906 | 43 990 (+ 1000) | 170 | 3,77 ‰ |

[1]) Im Jahre 1901 war eine unverhältnismäßig große Zahl von Anmeldungen erfolgt, da drei Vororte der Stadt einverleibt waren, deren Landschulen viele Imbezillen seit Jahren schon enthielten und alle auf einmal einzuweisen strebten.

17*

Es ergibt sich daraus, daß in Frankfurt a. M. nach Ablauf eines jeden Schuljahres unter 1000 Mittel- und Volksschülern — die Eltern der ersteren zahlen 44 M., die der letzteren gar nichts an Schulgeld — sich immer 3—4 (3) ‰ Schüler und Schülerinnen als imbezill und des gesonderten Unterrichts bedürftig erweisen, da sie in der Normalklasse von 50—60 nicht mitkommen können. Das Zahlenverhältnis 1 ‰, das nach einer Umfrage in den Preußischen Hilfsschulen sich ergeben hat, ist offenbar durch eine Gegenüberstellung der Gesamtschülerzahl der Mittel- bzw. Bürgerschulen und der Hilfsschulen gewonnen worden. Das würde etwa auch für die hiesige Frequenz der Normal- und Hilfsschulen stimmen, da dieselbe im Jahre 1904 31394:315, im Jahre 1905 44990:351 betragen hat. Da aber hier wie auswärts nicht der wirkliche Bestand an imbezillen Schulkindern für ihre Ausschulung maßgebend ist, sondern auf die Wünsche der Eltern und auf administrative und vor allem räumliche Verhältnisse bei der Umschulung und Schülerverteilung Rücksicht genommen werden muß, so wird es gut sein, künftig die alljährlichen Meldungen zur Hilfsschule seitens der Lehrer und Schulärzte für das statistische Verhältnis zwischen normalen und krankhaft (schwach) veranlagten Schulkindern eines bestimmten städtischen Schulbezirkes zu verwerten.

Zur Würdigung der gewonnenen Zahlen halte ich es für gut, hier eine Zusammenstellung wiederzugeben, die ich der Güte des Herrn Oberlehrer M. Lutz von Mannheim verdanke. Es ist eine Art von „Begabungsstatistik", die auch ärztlich wichtig erscheint.

| | | Gut- und darüber begabte Kinder | Mittel- und unter mittelbegabte Kinder | Schwachbegabte Kinder | Schwachsinnige, Blödsinnige (Idioten) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Nach Otto Ammon, Geistige Staffelung der Gesellschaft . . . . | 24 % | 60,14 % | 14,70 % | 1,16 % |
| 2 | Nach Galton, Eine Million Menschen nach Begabung . . . . . . . | 24,12 % | 67,59 % | 7,72 % | 0,27 % |
| 3 | Nach Ernst Hahn, Lehrer in Dresden, 1062 nach Befähigung geordnete Volksschüler . . . . | 29,96 % | 56,40 % | 13,10 % | 0,54 % |
| 4 | Statistik der Mannheimer Volksschule: 863 Schüler im Schuljahr 1900 01 | 20,52 % | 65,35 % | 14,13 % | Ausgeschlossen, in besonderen Anstalten |
| 5 | 834 „ „ „ 1901 02 | 28,01 % | 59,28 % | 12,63 % | „ |
| 6 | 795 „ „ „ 1902 03 | 25,48 % | 62,17 % | 12,37 % | „ |
| 7 | 712 „ „ „ 1903 04 | 22,95 % | 64,07 % | 12,98 % | „ |
| 8 | 874 „ „ „ 1904 05 | 23,35 % | 63,23 % | 13,42 % | „ |
| | Zensuren | I Ib IIa II | IIb IIIa III | IIIb IV V[1] | V |

[1]) Hat selten ein Schüler, da derartige Kinder vom öffentlichen Schulbesuch ausgeschlossen sind.

I = sehr gut
Ib = sehr gut bis gut
IIa = gut bis sehr gut
II = gut
IIb = gut bis ziemlich gut
IIIa = ziemlich gut bis gut
III = ziemlich gut
IIIb = ziemlich gut bis hinlänglich
IV = hinlänglich
V[1]) = ungenügend.

} Notenskala

## Allgemein-Ärztliches über Hilfsschulzöglinge.

Es liegt in der Art, wie bisher das Schülermaterial der Hilfsschule zugeführt wurde, daß die Debilen und Imbezillen in diesen Anstalten im wesentlichen auch körperlich schwächliche Kinder sind.

Denn zumeist entstammen sie Schulen, in denen der Unterricht ein unentgeltlicher ist; das Einkommen und die Erwerbsverhältnisse der Eltern sind also mangelhafte. Es muß sich deshalb die ärztliche Tätigkeit an Hilfsschulen und Hilfsklassen vor allem auf die Hebung der *Ernährung* der Hilfsschulzöglinge erstrecken. Die Skrofulose und die Rachitis, sonstige Knochenleiden, kariöse Prozesse, die chronischen Ohreiterungen erwachsen auf dem Boden der erwähnten tuberkulösen Belastung; auch Augenentzündungen (Keratitisformen), ferner parasitäre Leiden (Skabies, Pedikulosis), ferner chronische Ekzeme, spastische Lähmungsformen infolge von angeborenen und erworbenen nervösen Zentralerkrankungen bilden das Objekt ärztlicher Maßnahmen. Der Schularzt an Hilfsschulen muß also *neurologisch-psychiatrische Vorkenntnisse* haben und gleichzeitig in der Lage sein, ophthalmologische und otiatrische Diagnosen zu stellen, wenn er es nicht vorzieht, sich dabei der Hilfe weiterer Spezialisten zu bedienen. Es hat mir in Frankfurt nie an solcher Hilfsbereitschaft gefehlt; ja ich hatte das Gefühl, daß gerade die Intelligenzschwäche der Hilfsschulzöglinge, obschon sie für den Arzt die Prüfung der Sinnesfunktionen viel schwieriger macht als bei normalen Schulkindern, bei den Kollegen, die ich um ihre Mitwirkung an der Hilfsschule bat, zumeist ein besondres klinisches Interesse erweckte.

Es müßte den Schulärzten an Hilfsschulen eine große Reihe von Hilfsquellen zu Gebote stehen, aus denen sie die Mittel für allgemeine *diätetische* und *hygienische* Maßnahmen zur *Ernährung* und zur *Kräftigung* sowie zur rationellen *Bekleidung* des kindlichen Körpers ohne Schwierigkeiten schöpfen könnten.

[1]) Hat selten ein Schüler, da derartige Kinder vom öffentlichen Schulbesuch ausgeschlossen sind.

In Frankfurt bestehen zurzeit für Schulkinder aus armen Familien:

1. Verein für Ferien- und Stadtkolonien;
2. die Braunfelssche Bäderstiftung (Verabreichung von Medizinalbädern in der Städtischen Schwimmanstalt Frankfurt a. M.);
3. Stiftungen für Besuch von Orb, Soden und Nauheim;
4. Schuster-Speyer-Stiftung für Kleider, Schuhe und Brillen;
5. Verein für Kinderheilstätten an der See;
6. Stiftung für warmes Frühstück armer Schulkinder;
7. Verein für Kinderhort aus Arbeiterfamilien;
8. Armenverein und Schwesternverbände für Verabreichung von Milch und Mittagessen;
9. Armenkliniken für Gewährung von freien Arzneien, Stahlpräparaten, Lebertran usw.;
10. Rothschildstiftungen für Hospitalpflege kranker Kinder;
11. Dr. Christs Kinderhospital;
12. De Neufvillesche Stiftung für kranke Kinder u. a. m.

Die moralischen Defekte in den Hilfsschulen.

Neben der frühzeitigen Erkennung und Aussonderung der debilen und imbezillen Schüler sowie der spezialärztlichen Versorgung der Hilfsschulzöglinge und der Hebung ihrer allgemeinen Ernährung gibt es noch eine wichtige Aufgabe, die dem Schularzt zufällt, der eine große Reihe von Imbezillen unter sich hat. Es ist die Berücksichtigung jener moralischen Defekte, die den Schwachsinn der schulpflichtigen Kinder in den Hilfsschulen begleiten.

Es sind besonders Eigentums- und Sittlichkeitsvergehen, welche hier in Betracht kommen, da sie das Einschreiten der Strafjustiz im Gefolge haben — ferner alle jene hartnäckigen, schon von Maennel (s. o.) erwähnten Neigungen zum Schulschwänzen und planlosen Herumtreiben, die oft polizeiliche Schritte nötig machen.

Es wird sich empfehlen, daß ich darüber erst später im Zusammenhange mit der Frage der Versorgung der schulentlassenen Hilfsschulzöglinge spreche. Doch muß ich jetzt schon betonen, daß der Besuch einer Hilfsschule seitens eines angeschuldigten zwölf- bis achtzehnjährigen Kindes die Richter ohne weiteres veranlassen sollte, von dem § 55 des Strafgesetzbuches Gebrauch zu machen. Dieser bestimmt bekanntlich, daß ein Angeklagter, der in dem genannten Lebensalter steht, freizusprechen ist, „wenn er bei Begehung der strafbaren Handlung die für Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht nicht besaß“. — Es müßte vor Gericht die Tatsache, daß ihm Schulleiter, Lehrer oder Schularzt die Zugehörigkeit zu einer Hilfsklasse bescheinigten, als einziger Grund zur Strafausschließung genügen und die Einstellung des Verfahrens beschlossen werden — Bei Sittlichkeitsvergehen spielen schwachsinnige Kinder wegen ihrer Beeinflußbarkeit gewöhnlich eine passive Rolle; ihr Zeugnis wird auch nicht immer sehr hoch anzuschlagen sein. In zwei oder drei Fällen mußten die

weiblichen Objekte sexueller Angriffe aus den Hilfsschulklassen entfernt und Anstalten überwiesen werden, weil sie durch Schilderungen der sexuellen Akte, der Gerichtsverhandlungen etc. einen schlimmen Einfluß auf ihre Mitschüler ausübten; es handelte sich um sittlich auch sonst sehr verwahrloste kindliche Individuen. Vereinzelt blieb ein Versuch von Päderastie seitens eines imbezillen Knaben in bezug auf einen Volksschüler. Einige durch Verleitung von Klassenkameraden hervorgerufene Massendiebstähle von billigen kleinen Gegenständen, meist Spielsachen in Warenhäusern, wurden durch Bestrafungen in der Schule geahndet, ohne daß die öffentlichen Behörden sich damit beschäftigten; die bestohlenen Kaufleute, denen zumeist nur ein geringer Schaden erwachsen war, begnügten sich mit der Erklärung der Lehrer, daß es sich um schwachsinnige Kinder handelte, deren Vergehen ihre Strafe gefunden hatten. In all den genannten Fragen kann die schulärztliche Beratung des Lehrers oder Rektors von hohem Wert sein für die Stellungnahme der Schule zu den ausforschenden und untersuchenden Behörden. — Es wird den Gerichten damit viel Mühe und Arbeit erspart und häufig genug eine unnötige und frühzeitige Bestrafung des imbezillen Kindes verhütet werden. So hat der ausgezeichnete Rektor M. Bleher an den Frankfurter Hilfsschulen in solchen forensischen Fragen sich vielfach auf seinen ärztlichen Berater stützen und segensreiches in Kriminalfällen wirken können.

Die Imbezillen an den höheren Schulen.

Nicht bedacht von jener segensreichen Fürsorge, wie ich sie aus den Volksschulen geschildert habe, werden bei uns wie überall im Reiche diejenigen Schulkinder, welche in den Vorschulen zu den höheren Lehranstalten ihren ersten Unterricht empfangen. Da die Imbezillität nicht nur bei den minderbemittelten, sondern auch in jenen bessergestellten Ständen, die ihre Kinder höheren Schulen zuzuführen pflegen, wenn auch vielleicht in geringerem Prozentsatz, vorkommt, so sollten auch hier für die kindlichen Träger dieser Defekte die gleichen oder ähnlichen Einrichtungen vorhanden sein. Denn sie sind es, die in den Vorschulklassen jahrelang ohne Förderung sitzen und mit Nachhilfe oder mit Nachsicht bei mehrmaliger Wiederholung der Klassen bis zur Unter- und Mittelstufe der Anstalten selbst mit durchgeschleppt werden zu ihrem eigenen Unheil und zum Schaden ihrer Klassengenossen!

Ein jeglicher weiß es, wie da Rücksicht geübt werden muß, wie selten und wie wenig gerade unter den gebildeten und begüterten Klassen die Eltern solcher Schüler Einsicht haben in die unterwertige Art ihrer Kinder, wie sie immer anderen äußeren Momenten, nicht der angeborenen Minderbegabung, die Schuld zuschieben für deren mangelhafte Leistungen, die schon bei den geringen Anforderungen der Unter-

stufe zum Vorschein kommen. Es herrschen hier noch unbegreifliche Vorurteile; man sieht es vielfach als eine Schande an, solche Kinder zu haben und bietet alles auf, nur um des Scheines willen, sie in den höheren Lehranstalten möglichst lange zu halten, anstatt sie rechtzeitig denjenigen Schulen zuzuführen, die ihrer geminderten Intelligenz angepaßt sind.

Das Einfachste wäre ja, die Schularzteinrichtungen, wie sie sich an den Volksschulen bewährt haben, auf alle höheren Lehranstalten zu übertragen. Das würde aber auf große Schwierigkeiten stoßen und vor allem zu Konflikten zwischen Hausärzten und Schulärzten führen. Zudem muß angenommen werden, daß tatsächlich Schüler höherer Lehranstalten schon von Hause aus ärztlich besser versorgt sind, als die Volks-(Elementar-, Bürger-)Schüler, und ein Bedürfnis von Schulärzten zum Zwecke der Verhütung und Erkennung von Krankheiten und Schwächezuständen dort nicht gerade dringlich ist.

Uns kommt es darauf an, zur Lösung einer der wichtigsten schulärztlichen Aufgaben an höheren Schulen beizutragen, d. i. die Fernhaltung der Schwachsinnigen von den höheren Klassen, d. h. von höheren, für sie unüberwindlichen Anforderungen. Durch die Mitwirkung von erfahrenen Schulärzten in den Vorbereitungsklassen bei der Feststellung der Imbezillität von Schulkindern würde manches Unglück in den Familien verhütet, manche krankhaft veranlagte Schülerindividualität auf den richtigen Weg gebracht werden. Gewiß ist der Lehrer in erster Linie dazu berufen, er erkennt nach meiner Erfahrung solche schwere intellektuelle Defekte in weitaus den meisten Fällen schon nach einigen Wochen oder spätestens einige Monate nach dem ersten Unterricht, auch ohne den Arzt. Aber es fällt ihm schon in den Volksschulen, viel mehr noch in den höheren Anstalten, sehr schwer, den Eltern sowohl wie den vorgesetzten Behörden zu beweisen, daß eine krankhafte Schwäche vorliegt, daß nicht etwa mangelndes Wollen des Schülers oder gar ein mangelhafter Unterricht die Schuld an den Minderleistungen trägt. Hier wird das Eingreifen des Arztes bei schwachsinnigen Realschülern und Gymnasiasten gerade so ersprießlich sein, wie bei den betreffenden Zöglingen der Volksschule. Die Autorität des Arztes und seine durch den Verkehr mit den Angehörigen von Kranken geübte Diplomatie werden in solchen Fällen viel leichter zum Ziel kommen, als die Strenge des Lehrers, dem viele Väter und Mütter in den Fragen der Befähigung einzelner Schüler leider mit Mißtrauen gegenüberstehen.

Dazu bedarf es vor allem der Erstuntersuchung aller in die Vorschulen neuaufgenommener Zöglinge etwa zwei Monate nach ihrem Eintritt gemäß dem „Gesundheitsschein“ (Messung der Größe und des Brustumfangs, Wägung, Prüfung der Brust- und

Bauchorgane, Untersuchung der Haut, des Rumpfes, der Gliedmaßen, der Sinnesorgane, des Mundes, der Nase, der Sprache und des Nervensystems) sowie Aufnahme einer Vorgeschichte über vorausgegangene Erkrankungen erheblicher Art, Familienkrankheiten, ev. Tuberkulose, Geistesstörungen, Alkoholismus etc. Da die letztgenannten Erhebungen besonders in den Familien der besseren Stände eine sehr schwierige werden kann und unter Zuziehung der Eltern oder Pflegeeltern erfolgen sollte, so könnte dieselbe nur für diejenigen Fälle vorbehalten bleiben, wo wirklich nach etwa sechs- bis neunmonatlichem Unterricht ein Verdacht auf Bestehen eines Intelligenzdefektes auftaucht. Wenn dann nur alle Vierteljahre etwa eine Nachprüfung der körperlichen Verhältnisse der Schüler mit auffällig schwachen Leistungen, mit kränklichem Aussehen und schwächlichem Körperbau in den Vorklassen der höheren Lehranstalten erfolgte, wie sie an den Volksschulen fast alle zwei Wochen von den Schulärzten vollzogen wird, so würde sich die Aussonderung der Imbezillen aus den höheren Lehranstalten ohne jegliche Schwierigkeit ermöglichen lassen.

Daß dabei die Verhütung von Kurzsichtigkeit, der Schwerhörigkeit, des Schielens, der Nasenleiden, der Skoliose, der Leistenbrüche, auch die richtige Behandlung von familiär bedingten Krankheitsanlagen (Skrofulose) und Schwächezuständen (Anämie, Chlorose) oder von nervösen Störungen (Herzneurosen bei Masturbanten, hysterische Zuckungen, Veitstanz) und anderer Vorkommnisse, die den Eltern vielleicht entgehen, dem Lehrer und Schularzt aber sehr leicht auffallen, berücksichtigt werden könnte, soll hier nur beiläufig erwähnt werden.

Ich verweise hier nur auf die bemerkenswerten Ergebnisse der schulärztlichen Untersuchungen von Professor Dr. Leubuscher an dem Gymnasium und Realgymnasium in Meiningen, an dem Gymnasium Hildburghausen und an der Realschule zu Sonnenberg i. Thür. Es hat sich die gesamte schulärztliche Tätigkeit auch an den höheren Lehranstalten im Großherzogtum Sachsen-Meiningen, allerdings unter der sehr energischen und zusammenfassenden Anregung und Oberleitung Leubuschers, in ersprießlicher Weise entwickelt.

Nicht bloß dem praktischen Bedürfnisse der Entlastung der ohnedies zu stark besetzten Klassen von den Schwachen entspricht jene Mitwirkung des Schularztes, auch die schwierigen Kapitel der Hygiene des Unterrichts — ja die der geistigen Arbeit überhaupt — würden viel gewinnen, die Aufstellung von Schülerqualitäten und Schülerkategorien, die noch mangelt, würde gefördert werden, wenn die Ärzte auch an den höheren Lehranstalten klinisch wissenschaftliches Material zuerst unter den Minderbegabten gemeinsam mit den Pädagogen zu sammeln in der Lage wären.

III.

# Zur Differentialdiagnose zwischen psychogener Neurose und multipler Sklerose.

Von **Dr. Heller** in Waldbröl.

Die Unterscheidung zwischen multipler Sklerose und funktionellen Nervenkrankheiten, besonders der psychogenen Neurose, ist manchmal eine außerordentlich schwierige, da besonders bei letzterer mannigfaltige Symptome zustande kommen, welche verschiedene organische Erkrankungen vortäuschen. So kommen z. B. Steigerungen der Kniephänomene, Muskelspasmen, Nystagmus, Störung der intendierten Bewegungen, d. h. die Symptome, welche oft den Beginn der multiplen Sklerose bezeichnen, auch bei psychogener Neurose in gleicher oder wenigstens ähnlicher Weise einzeln oder manchmal auch zusammen vor, so daß folgenschwere Verwechslungen zustande kommen. Die Beschränkung der Störungen auf die motorische Sphäre bei der multiplen Sklerose im Gegensatz zur Psychogenie, bei welcher in der Regel sensible Erscheinungen im Sinne der Parästhesien, Anästhesien und Neuralgien vorhanden sind, ist ebenfalls kein sicheres unterscheidendes Merkmal, weil sehr häufig zu einer bestehenden organischen Nervenkrankheit Psychogenie mit Störungen im sensiblen Gebiet hinzutritt, so daß aus dem Vorhandensein letzterer ein sicherer Schluß gegen multiple Sklerose nicht gezogen werden kann. Diese Tatsache der accidentellen Psychogenie erschwert öfter die Diagnose organischer Nervenkrankheiten besonders der multiplen Sklerose sehr.

Fehldiagnosen sind hierbei von der größten Tragweite, indem einerseits Kranke mit multipler Sklerose unter der falschen Voraussetzung funktioneller Nervenkrankheit in excitierender Weise behandelt werden, während andererseits Kranke mit psychogener Neurose infolge der ärztlichen Autosuggestion einer organischen Nervenkrankheit durch Induktion der ärztlichen Auffassung immer schlimmer werden.

Aus dieser Sachlage ergibt sich die Aufgabe, eindeutige objektive Kriterien der Unterscheidung in zweifelhaften Fällen zu gewinnen.

Im vorstehenden bin ich im wesentlichen der Darstellung gefolgt, welche Professor Sommer in seinen Vorlesungen über die Lage des Problems gibt.

Die methodische Möglichkeit, dieses in der genannten Richtung zu verfolgen, wird durch die von demselben ausgebildeten motorischen Methoden gegeben,[1]) und zwar haben sich besonders in bezug auf den Ablauf des Kniephänomens bei Äquilibrierung des Unterschenkels eine Reihe von Erscheinungen ergeben, welche in manchen Fällen die Unterscheidung einer durch organische Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahn oder funktionelle Störung bedingten Steigerung des Kniephänomens ermöglichen.

Es muß hierbei folgendes über die graphische Form des Kniephänomens bei der genannten Untersuchungsmethode bemerkt werden.

Die normale Form des Kniephänomens bei Äquilibrierung des Unterschenkels besteht aus einer Hebung, einer kleineren, nur wenig unter das Anfangsniveau gehenden Senkung und einer darauf folgenden minimalen zweiten Hebung mit schließlichem Stillstand auf dem Anfangsniveau.[2]) Der Unterschenkel eines normalen Menschen pendelt also nicht entsprechend der ersten oft beträchtlichen Hebung mit allmählicher fortschreitender Verminderung der Ausschläge nach oben und unten weiter, sondern wird schon bei der ersten Senkung durch automatisch wirkende Hemmungen vorzeitig festgestellt. Es ist also, wie Sommer dies bezeichnet, eine unbewußt wirkende physiologische Bremse vorhanden, die ein reflektorisch ausgelöstes Schlottern der Glieder nach äußerer Reizung der Sehnen rechtzeitig verhindert; hierin liegt eine für die zweckmäßige Bewegung der Extremitätenabschnitte außerordentlich wichtige Einrichtung.

Die physiologische Bedeutung dieses automatisch wirkenden Mechanismus wird am klarsten, wenn man unter entsprechenden methodischen Bedingungen an der Leiche nach der Lösung der Totenstarre untersucht. Die am Lebenden reflektorisch ausgelöste Hebung des Unterschenkels wird hierbei durch passive Bewegungen nachgeahmt. Läßt man den aus der äquilibrierten Lage passiv gehobenen Unterschenkel der Leiche sinken, so pendelt der Unterschenkel genau entsprechend der allgemeinen physikalischen Regel mit fortschreitender Verminderung der Ausschläge weiter, bis ganz genau auf dem Anfangsniveau die Ruhestellung eintritt. Es fehlt eben hier die automatisch wirkende Bremse, welche am Lebenden die reflektorische Wirkung vorzeitig oder im Sinne zweckmäßiger Bewegung rechtzeitig zum Stillstand bringt.

---

[1]) Vgl. Diagnostik der Geisteskrankheiten II. Aufl. S. 35—43 und Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden S. 22 usw

[2]) Vgl. Untersuchungsmethoden S. 29.

Es hat sich nun herausgestellt, daß unter bestimmten Umständen die normale Form der Kurven unter bestimmten pathologischen Bedingungen besonders infolge von epileptischen Zuständen und alkoholistischen Störungen sich in dem Sinne ändert, daß an Stelle des automatisch gehemmten Ablaufes die Form der an der Leiche erhaltenen mechanischen Pendelkurve auftritt. Zugleich zeigt sich in den Fällen, die klinisch dabei das Kriterium der psychogenen Beeinflußbarkeit aufweisen, die ganz eigentümliche Erscheinung, daß im Ablauf dieser Pendelkurve öfter die folgenden Ausschläge stärker sind als die vorhergehenden, worin eine psychomotorische Verstärkung eines mechanischen Vorganges zu erblicken ist. Diese Kurvenform mit sehr langem Auf- und Abpendeln des Beines und psychomotorischer Verstärkung einzelner Ausschläge bedeutet einen Mangel an physiologischer Hemmung mit starker Suggestibilität nebst Neigung zum Automatismus und wird besonders bei Schwachsinn auf hysterischer und epileptischer Grundlage gefunden. Keinesfalls ist jedoch diese Erscheinung für organische Erkrankungen des Rückenmarkes verwerthar.

Vergleicht man mit der Erscheinung der verlängerten Pendelkurve die Form des gesteigerten Kniephänomens, welche bei sichergestellten Erkrankungen der Pyramidenseitenstrangbahn erfolgt, so charakterisiert sich diese durch die außerordentliche spitzwinklige Form der einzelnen Hebungen und Senkungen (unter der Berücksichtigung der Ablaufsgeschwindigkeit der rotierenden Trommel). Es wird der reflektorisch gehobene Unterschenkel anscheinend infolge der Zerrung der Antagonisten vermutlich ebenfalls wieder reflektorisch plötzlich nach der entgegengesetzten Seite gerissen, so daß ein automatisches Spiel von Hebung und Senkung mit plötzlichen Übergängen erfolgt, was sich in der spitzwinkligen Form der Kurvenabschnitte darstellt.

Es liegt hier ein der psychomotorischen Verstärkung einzelner Hebungen und Senkungen diametral entgegengesetztes Phänomen vor, indem hierbei reflektorisch eine Veränderung der Pendelkurve erfolgt, die jedoch von psychomotorischen Einflüssen völlig frei bleibt. Der Typus des Kniephänomens bei Ausschaltung der Pyramidenbahn ist also der einer durch reflektorischen Klonus abnorm spitzwinklig gewordenen Pendelkurve.

Nun wird die diagnostische Verwendbarkeit dieses Symptoms allerdings dadurch erschwert, daß die Ausschaltung der Pyramidenbahn, abgesehen von organischen Krankheiten, in manchen Fällen auch funktionell, z. B. durch heftige Angst, erfolgen kann, so daß die beschriebene Form der Kurve ebenso wie sehr viele andere Symptome in der Nervenpathologie nicht völlig eindeutig ist. Immerhin läßt

sich ein ganz konstantes Auftreten sehr spitzwinkliger Kurvenform mit großer Wahrscheinlichkeit für die Annahme einer organischen Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahn verwerten und auch in den Fällen, in welchen neben psychomotorischen Kurvenformen im obigen Sinne, spitzwinklige Kurvenformen von reinem Typus, ohne daß besondere momentane Erregungen dies als ausnahmsweises funktionelles Symptom erklärlich machen, sich eingestreut finden, liegt die Vermutung nahe, daß es sich nicht um reine Psychogenie handelt, sondern um eine organische Erkrankung der Pyramidenseitenstrangbahn ev. multiple Sklerose mit accidentellen psychogenen (hysterischen) Erscheinungen. Auch im vorstehenden bin ich der klinischen Darstellung von Professor Sommer gefolgt.

Es erhebt sich daher die Aufgabe, von dem gezeigten Gesichtspunkt aus unbefangen die klinischen Tatsachen zu prüfen unter Abwägung aller im einzelnen für funktionelle oder organische Erkrankung sprechenden Momente.

In diesem Zusammenhang beschreibe ich den folgenden von mir in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten zu Gießen beobachteten Fall.

Es handelt sich um die 43jährige Schneidersfrau K. M., deren Vater ein sehr reizbarer Mann war und sich im 67. Lebensjahr durch Strangulation ums Leben brachte, nachdem er seine Kinder um ihr Erbteil betrogen hatte. Die Mutter der Patientin starb in hohem Alter an unbekannter Ursache. Eine Schwester der Patientin erhängte sich, als sie den Kindern aus der ersten Ehe ihres Mannes ihr Erbe auszahlen mußte; unter deren Kindern befinden sich einige psychopathische. In der Jugend scheint die Patientin nach den Ergebnissen der Nachforschung normal gewesen zu sein; die Periode trat alle vier Wochen ohne Störung des Allgemeinbefindens auf; aus den späteren Lebensjahren vor ihrer Verheiratung und in den ersten Jahren nach derselben ist nichts bekannt, was auf irgendwelche Leiden schließen ließe. Aus ihrer Ehe stammen zwei normale Kinder; das älteste ist am Leben, das zweite, ein Mädchen, wurde vor fünf Jahren überfahren. Im Anschluß an dieses Ereignis soll Patientin psychisch verändert sein. Der Vorgang gestaltete sich folgendermaßen: Das Kind war auf die Straße gelaufen, und als nach längerem Ausbleiben die Mutter ihm nachging, kam sie gerade in dem Moment dazu, als der das Kind überfahrende Lastwagen mit dem Hinterrad auf dem Leib des Kindes stehen blieb.

Die Frau wurde nach diesem heftigen Schreck interesselos, stumpf, ablehnend gegen ihren Ehemann, hing den Gedanken über den Tod des Kindes nach, war verstimmt, reizbar und sprach immer wieder mit Erwähnung aller Einzelheiten über die Todesart desselben, bis es ihr vom Ehemann untersagt wurde.

Bis hierher scheint die Anamnese durchaus auf einen durch ein psychisches Trauma entstandenen nervösen Depressionszustand zu deuten. Es liegt dabei nicht der mindeste Grund vor, an eine organische Erkrankung des Nervensystems zu denken. Es traten jedoch immer mehr Erscheinungen hervor, die zum mindesten die Annahme eines bloßen Depressionszustandes unwahrschein-

lich machen und den Gedanken an eine Form von Schwachsinn nahelegen konnten. Sie begann allmählich dem Manne vorzuwerfen, er habe kein Interesse für das Kind gehabt, verleumdete ihn vor den Leuten, wurde mit der Zeit immer unverträglicher; nichts war ihr recht, kein Geselle blieb im Haus, gegen das noch lebende Kind war sie sehr reizbar, machte viel unnütze Geldausgaben, ohne auf ihre bescheidenen Verhältnisse Rücksicht zu nehmen.

Der Schlaf wurde unzureichend und unruhig; seit drei Jahren ist die Periode unregelmäßig. Nach einem zweimonatlichen Aufenthalt in einer auswärtigen Nervenheilanstalt soll ihr Zustand sich noch verschlimmert haben. Unter anderem mietete sie sich ohne Wissen des Mannes eine größere Wohnung, um ein Bad im Hause zu haben, obwohl die Vermögensverhältnisse äußerst bescheiden waren. Als sie ihre Absicht nicht durchsetzen konnte, verschlechterte sich ihr Zustand noch mehr. Sexuell seit dem Unfall frigid, wurde sie jetzt sehr anspruchsvoll und verhöhnte ihren Mann als impotent vor den Leuten. Zugleich mit der psychischen Veränderung stellten sich allmählich zunehmende Beschwerden beim Gehen ein. — Von August bis Oktober 1905 hielt sie sich in einem Krankenhause auf, wo man sie jedoch wegen ihres unleidlichen dauernden Querulierens nicht behalten konnte; sie wurde von dort mit der Diagnose Hysterie entlassen. Daselbst wurde u. a. festgestellt: Patellarreflexe beiderseits gesteigert; Babinski rechts. Gang breitbeinig, langsam, unsicher, etwas spastisch; Romberg; Silbenstolpern, Sprache monoton, erfolgt in abgebrochenen Sätzen, Intentionstremor angedeutet. Die Behandlung bestand in Fränkel'scher Übungstherapie und Bädern, welche vorübergehend ein subjektives Wohlbefinden bewirkten.

Da es dem Ehemann unmöglich war, sie zu Hause zu halten, brachte er sie am 26. Oktober 1905 in die Klinik für psychische und nervöse Krankheiten.

Die Untersuchung in der Klinik ergibt folgendes: Frau M. befindet sich in gutem Ernährungszustand, hat schwach entwickelte Muskulatur und ein reiches Fettpolster; die Körpergröße beträgt 1,59 m, das Gewicht 69,5 kg, der Knochenbau ist kräftig. Degenerationszeichen sind nicht vorhanden, die Farbe des Gesichts ist etwas blaß, desgleichen die der Schleimhäute; Exantheme, Ödeme, Wunden, Narben, Decubitus sind nicht vorhanden; die Schweißsekretion zeigt keine Besonderheiten. Die Lymphdrüsen und die Thyreoidea sind nicht geschwollen. Die Wirbelsäule weist eine geringe Empfindlichkeit beim Beklopfen in der Höhe des untersten Halswirbels auf, das Skelett ist intakt, Zeichen von Lues, Rachitis sind nicht vorhanden. Die Schädelform ist brachykephal, der Umfang beträgt 54,0 cm, der Längsdurchmesser 18,2 cm, der Breitendurchmesser 15,5 cm, der Sagittalbogen 32,0 cm, der Frontalbogen 31,5 cm, Nähte sind nicht fühlbar, die Stirn ist steil und breit, zwischen den Tubera frontalia und Arcus superciliares befindet sich eine leichte Vertiefung.

Morphologisches: Länge des rechten Armes vom Acromion bis zur Spitze des Mittelfingers beträgt rechts 73 cm, links 72 cm, der Umfang des Armes 20 cm

unterhalb des Acromions rechts 28 cm, links 26,3 cm, der Umfang des Unterarms 12 cm unterhalb des Acromion ist rechts 21,0 cm, links 20,5 cm, der Umfang der Hand (Metacarpus) beträgt rechts 19,5 cm, links 18,6 cm, die Länge des Mittelfingers rechts 10,0 cm, links 10,0 cm, die Lineatur der linken Vola ist schwächer ausgebildet als die der rechten. Der größte Umfang des Unterschenkels rechts 32,5 cm, links 31,0 cm, die Länge des Beines von der Spina Ilei bis zum Malleolus externus rechts 83,3 cm, links 83,5 cm. Es ergibt sich also eine Differenz, die als angeboren aufgefaßt werden muß. — Rechtes Tuber frontale etwas stärker entwickelt, desgleichen der rechte Arcus superciliaris höber als auf der linken Seite. Länge des Ohres links 5,7 cm, rechts 6,0 cm. Es ergibt sich also auch am Kopf eine Asymmetrie zugunsten der rechten Seite entsprechend der morphologischen Differenz der Extremitäten. Sonstige Asymmetrien sind nicht nachzuweisen.

Zirkulationsapparat: Herz im ganzen etwas dilatiert, Herztöne rein. Spitzenstoß nicht fühlbar. Arterien von normaler Füllung und Spannung, Puls beträgt 76 Schläge in der Minute, geringe Venenektasien an den unteren Extremitäten.

Respirationsapparat: Thorax breit, symmetrisch gebaut, beide Hälften beteiligen sich gleichmäßig an der Atmung, Lungengernzen und Lungenschall normal. Vesikuläres Atmen. Kein Husten, kein Auswurf.

Digestionsapparat: Lippen etwas anämisch, Gebiß defekt, Zunge nicht belegt. Rachenschleimhaut ohne Besonderheiten. Abdomen frei von Resistenzen, frei von Flüssigkeitsansammlungen, nicht aufgetrieben, Bauchdecken weisen Schwangerschaftsnarben auf, nirgends besonders druckempfindlich. Mastdarmfunktion nicht gestört.

Urogenitalapparat ohne Besonderheiten, Urin frei von pathologischen Bestandteilen. Die Blasenfunktion ist nicht gestört.

Status nervorum: Druck- und Klopfempfindlichkeit des Schädels nicht vorhanden.

In dem Gesichtsausdrucke liegt ein eigenartiges Lächeln, ein ausgesprochenes „Zwangslachen" ist nicht vorhanden.

Augen: Die Lidspalten sind gleichweit, die Lidbewegungen frei, es besteht ein Tremor der geschlossenen Augenlider, die Bulbi zeigen keine auffallende Prominenz, die Augenbewegungen sind frei, Nystagmus nur zuweilen angedeutet, Konjunktival- und Kornealreflexe vorhanden; Pupillen gleichmäßig rund, beiderseits gleich, reagieren auf Lichteinfall; linker Augenhintergrund ohne Besonderheiten, rechts besteht Opticusatrophie.

Trigeminus intakt; es bestehen leichte Innervationsasymmetrien im Gebiete des Facialis. Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert etwas. Gaumensegel ohne Besonderheiten, Schluckvermögen, Geschmack, Geruch ungestört, die Sprache ist monoton, erfolgt in kurzen, abgerissenen Sätzen.

Obere Extremitäten: aktive und passive Bewegungen sind frei, beim Greifen nach der dargebotenen Hand macht sie ruckweise ungeschickte Bewegungen, es besteht Tremor der Finger (s. Zitterkurven). Radiusperiostreflex, Ulnaperiostreflex lebhaft.

Untere Extremitäten: Der Gang ist vorsichtig, etwas breitbeinig, sie fürchtet zu fallen, sie steht mit geschlossenen Augen eine Zeitlang ohne zu wanken, danach behauptet sie ängstlich, das könne sie nicht aushalten, sie fiele hin, sie würde schwindlig.

Der Patellarreflex ist schlendernd, manchmal ist Knieklonus zu beobachten, durch Spannung der Muskulatur ist zuweilen das Kniepbänomen verdeckt und daher scheinbar gering (eine genaue graphische Darstellung erfolgt später). Fußklonus ist beiderseits vorhanden. Kein Babinski'scher Reflex.

Sensibilität ist intakt: Pinselherührungen werden richtig wahrgenommen und lokalisiert. Spitze und Kopf einer Nadel werden überall gut unterschieden, desgleichen Wärme und Kälte.

Nach längerem Gehen hat Frau M. das Gefühl, als würde sie elektrisiert. Während der Untersuchung erzählt die Patientin von der bisherigen Behandlung ihres Leidens und gibt ihrem Unwillen darüber in querulierender Weise Ausdruck. Sie selbst sei verträglich und ruhig, sie schlafe sonst gut, aber die Frau C. und die Frau B. und die Frau S. und die Frau D. hätten sie gestört. Ihr Leiden bestände darin, daß sie nicht ordentlich gehen könne. Aufgefordert, einige Schritte zu machen, zeigt sie sich ängstlich und beteuert fortwährend die Unmöglichkeit des Gehens; sie sucht sich überall festzuhalten. Bei energischem Zureden geht sie ohne Unterstützung sehr vorsichtig, um nach einigen Schritten stehen zu bleiben und nach Anlehnung zu tasten, kommt dann in kleinen Schritten heran, setzt sich mit größter Langsamkeit und Vorsicht nieder, hält sich mit starkem Tremor der Hände am Tisch fest; behauptet dann, nicht mehr aufstehen zu können, erhebt sich auf dringende Aufforderung sehr langsam und ängstlich tastend.

Scheint wenig suggestibel in der Richtung ihres Leidens, wenigstens meint sie nach den angewandten (antihysterischen) Mitteln keine Besserung verspürt zu haben. Um sie weiter suggestiv zu beeinflussen, werden Fichtennadelbäder verabfolgt, deren Geruch sie in günstigem Sinne beeinflußt; nach längerer Fortsetzung derselben hat sie das Gefühl, besser gehen zu können, ist sehr darauf bedacht, täglich zu baden und will sofort eine Verschlechterung verspüren beim Aussetzen der Bäder auch bei einer eintägigen Pause. Ihre Stimmung ist seit den Bädern zufriedener. Objektiv kann keine Besserung konstatiert werden. Bald beginnt die Patientin über den mangelhaften Erfolg der Bäder zu klagen und äußert sich in scharfem Ton über die Untüchtigkeit der Ärzte und die Zwecklosigkeit ihres Aufenthalts in der Klinik. Nach Gehübungen behauptet sie am nächsten Tag noch die Anstrengung in den Gliedern zu spüren. Als sie einmal morgens wenige Sekunden mit geschlossenen Augen stehen sollte, erklärte sie am nächsten Tage, das Stehen habe sie so angestrengt, daß sie sich am Abend nicht allein hätte aus der Badewanne erheben können. Im ganzen ist ihr Benehmen sehr wehleidig und energielos, in der Unterhaltung mit andern spricht sie gern von sich und ihrem Leiden, wird ihrer Umgebung lästig durch ihr kleinliches, pedantisches Wesen. Zeitweise ist sie auch wieder verträglich und guter Laune.

Es fragt sich, ob sich aus diesen Beobachtungen im Zusammenhang mit der Anamnese eine bestimmte Diagnose stellen läßt.

Das Benehmen der Kranken erscheint oft ausgeprägt hysterisch, besonders durch die momentane Wirkung suggestiver Einflüsse, jedoch dauern diese regelmäßig nicht lange und verschwinden in dem gleichmäßig querulierenden Verhalten mit völligem Widerstand gegen längere Arbeitsleistungen, speziell Gehen. Der Gang ist, abgesehen von vorübergehenden Besserungen, im Typus unverändert ein leicht spastischer, ungeschickter, breitbeiniger, ohne daß stärkere ataktische Störungen vorhanden wären.

Für psychogene Neurose könnten wohl die Angaben über Schmerzen und Hyperästhesien sprechen, wenn auch Anästhesien, Globus und ausgeprägte Ovarie usw. fehlen. Die sonstigen Erscheinungen: leichtes Zucken der Augen beim Blick nach außen und das ungeschickte

Greifen (Intentionstremor) sowie die Eigenart der Sprache sind nicht ausgeprägt genug, um daraufhin eine Diagnose auf organische Erkrankung, speziell *multiple Sklerose*, zu stellen. Bei dieser Sachlage erschien die vorher von anderer Seite gestellte Diagnose *Hysterie* zwar erklärlich, aber im Hinblick auf die *konstante Gehstörung* nicht einwandsfrei, während die Annahme einer *multiplen Sklerose* mit *accidenteller Hysterie* in Betracht gezogen werden mußte. Die beobachtete Reflexsteigerung schien besonders bei dem wechselnden Effekt eine Unterscheidung nicht ohne weiteres zu gestatten.

Wir wenden uns nun zu dem Resultat der methodischen Untersuchung der *Kniephänomene*, durch welche versucht wurde, im Hinblick auf die in der Einleitung gegebene Darstellung der Kniephänomenverhältnisse eine Entscheidung zu treffen.

Die Untersuchung wurde mit dem *Sommerschen* Reflexmultiplikator angestellt.[1])

Vor *Analyse* der *Kurven* sei folgendes zum Verständnis derselben vorausgeschickt. Sämtliche Kurven sind von rechts nach links zu lesen. Die obere bedeutet die graphische Darstellung des Kniephänomens bei Äquilibrierung des Unterschenkels. Das Gegengewicht beträgt 50 g, so daß nur eine teilweise Entlastung des Unterschenkels vorliegt. Die untere Linie bedeutet die Zeitmarkierung in bezug auf den reflexauslösenden *Reiz*. Dieselbe wird durch eine besondere Einrichtung an der Kniestütze zu dem Reflexmultiplikator in dem Moment bewirkt, in welchem der fallende Hammer auf die Quadricepssehne auftrifft. Die Zeitmarkierung ist an der unteren Linie an dem kleinen Ausschlag deutlich zu erkennen. Dieser muß, von rechts nach links gelesen, stets *vor* der ersten Hebung des Kniephänomens an der oberen Kurve liegen.

Die Umlaufsgeschwindigkeit der 50,2 cm im Umfang messenden berußten Trommel beträgt 50 Sekunden. Es wird also in einer Sekunde ein Weg von 1 cm zurückgelegt, bzw. einer Länge von 1 cm der Kurve entspricht eine Zeit von einer Sekunde. Es läßt sich hieraus die Zeit von dem Moment des *Reizes* bis zu dem des *Ausschlages* ungefähr bestimmen, wenn man die Zeitmarke auf die Linie der Kniephänomenkurve überträgt, dann die Entfernung von dort bis zum ersten Ausschlag mißt und diese Länge nach obiger mathematischer Bezeichnung in ein Zeitmaß umsetzt. Es ergeben sich dabei als Differenz der genannten Punkte ca. 3 mm, was einer Zeitdauer von $^{3}/_{10}$ Sekunden zwischen dem Moment des Reizes und dem Ausschlag des Unterschenkels entspricht. Die Hebungen und Senkungen der Kurve entsprechen mit geringen Fehlern den Bewegungen des Sprunggelenkes bei den Aus-

[1]) Vgl.: Diagnostik der Geisteskrankheiten 2. Aufl. S. 49 und Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden S. 26.

schlägen des Unterschenkels. Die Kurven sind bei der Reproduktion verkleinert.

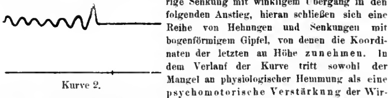
Um einen Begriff von der relativen Steilheit der einzelnen Ausschläge zu bekommen, bestimmt man die Entfernung zwischen Anfangs- und Endpunkt der Hebung resp. Senkung, die Abscisse; ferner die Höhe der Kurven, die Koordinate. Aus den Maßen dieser beiden Linien erhält man ein klares Bild der Hebungen und Senkungen. Bezeichnet man die Hebungen mit H., die Senkungen mit S., die Abszissen mit Asc., die Koordinaten mit Co., so läßt sich der ganze Verlauf der Kurven mit kurzen Zeichen darstellen. Ich folge hierbei der in dem psychophysischen Laboratorium der Gießener Klinik gebräuchlichen und bewährten Ausdrucksweise.



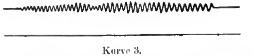
Kurve 1.

Kurve 1. Die Zahl der H. beträgt drei, der S. zwei, außerdem sind nach der Rückkehr zur Horizontalen in Entfernung von ca. je 7 mm noch vier ganz gleichmäßige minimale Hebungen ersichtlich, die nicht mehr zum Ablauf des Reflexes gehören, doch aber sehr wahrscheinlich unwillkürliche Nachwirkungen desselben sind. Die Kurvenform entspricht derjenigen, welche bei den meisten normalen Menschen gefunden wird: eine Hebung, eine relativ geringe Senkung unter das Anfangsniveau, eine zweite geringere Hebung; bei der Normalen würde die letztere in das Anfangsniveau übergehen, während bei dieser noch einmal eine Senkung erfolgt, woran sich dann noch die drei erwähnten minimalen Hebungen anschließen.

Kurve 2. Die aus sieben H. und sechs S. bestehende Kurve zeigt zu Anfang eine ziemlich steile und spitzwinklige Erhebung, derselben folgt eine relativ niedrige Senkung mit winkligem Übergang in den folgenden Anstieg, hieran schließen sich eine Reihe von Hebungen und Senkungen mit bogenförmigem Gipfel, von denen die Koordinaten der letzten an Höhe zunehmen. In dem Verlauf der Kurve tritt sowohl der Mangel an physiologischer Hemmung als eine psychomotorische Verstärkung der Wirkung des Reizes zutage, während der spitzwinklige Gipfel der Anfangshebung mehr einen spastischen Charakter trägt.



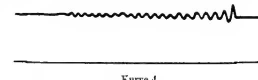
Kurve 2.



Kurve 3.

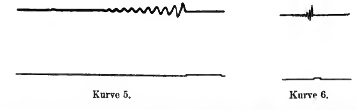
Kurve 3. Vergleicht man die Zahlen für die Koordinaten der Hebungen, so zeigen sich deutlich periodische Schwankungen der Höhe, die sich bei

Nr. 1 bis Nr. 21 zwischen 3 und 4,5 mm bewegen, dann erfolgt bei Nr. 23 eine Verminderung auf 1, dann neues Anschwellen auf 3,5 bei Nr. 27 und 28, allmählicher Abfall auf 1,5 bis Nr. 40 und schließlich bei Nr. 45 Abfall zur Horizontalen. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei den fast durchweg geringeren Koordinaten der Senkungen. Der ganze Charakter der Kurve ist ein ausgeprägt iterativischer mit psychomotorischer Verstärkung von periodischem Charakter. Es liegt der bei hysterischem und epileptischem Schwachsinn häufige Typus vor.



Kurve 4.

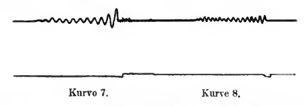
Kurve 4. Nach einer anfänglich steilen und spitzen Hebung erfolgen 21 allmählich an Höhe abnehmende Hebungen und dementsprechend 21 Senkungen mit niedrigeren Koordinaten. Läßt die Anfangshebung einen spastischen Charakter erkennen, so tritt doch im ganzen mehr der Mangel an automatischer Hemmung und eine psychomotorische Verstärkung zutage.



Kurve 5. Kurve 6.

Kurve 5. Die Koordinaten der zehn Hebungen und Senkungen werden successiv immer kleiner, sie zeigen alle gleichen Verlauf; die Kurve hat eine große Ähnlichkeit mit denen, die an der Leiche gewonnen sind (vgl. Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden von Professor Sommer. S. 28), sie bietet das Bild der einfachen mechanischen Pendelbewegung.

Kurve 6 besteht aus 14 Hebungen und Senkungen und bietet ein wesentlich anderes Bild als die bisherigen Kurven, die Gipfel der ersten Schwankungen sind ausgesprochen spitzwinklig. Dieser plötzliche Übergang aus Hebung in Senkung tritt nur bei spastischen Muskelzuständen zutage, die Form der ganzen Kurve ist charakteristisch für das Antagonistenspiel, wie es bei Ausschaltung der Pyramidenseitenstrangbahnen beobachtet wird.



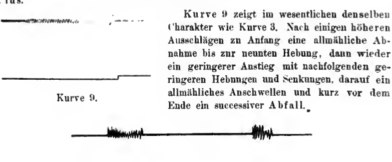
Kurvo 7. Kurve 8.

Kurve 7. Die Zahlen für die Koordinaten der Hebungen und der durchweg etwas geringeren Senkungen weisen verschiedene Schwankungen auf; nach einer

allmählichen Abnahme erfolgt eine Steigerung bei 13, 14 und 15, nach einem Abfall bei 16 und 17 abermals eine Zunahme bei 18 und 19, dann erfolgt ein allmählicher Übergang in die Horizontale.

Es tritt hier wieder der iterativische Charakter mit psychomotorischer Verstärkung zutage, besonders in der kleinen Erhebung nach Rückkehr zur Horizontalen.

Kurve 8. Nach allmählicher Abnahme in der Höhe der einzelnen Schwankungen tritt gegen Ende noch einmal eine leichte Steigerung auf. Im allgemeinen liegt das Bild der mechanischen Pendelkurve vor, modifiziert durch anfänglich etwas spitzwinklige Gipfel und ein geringes psychomotorisches Plus.

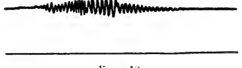


Kurve 9.

Kurve 9 zeigt im wesentlichen denselben Charakter wie Kurve 3. Nach einigen höheren Ausschlägen zu Anfang eine allmähliche Abnahme bis zur neunten Hebung, dann wieder ein geringerer Anstieg mit nachfolgenden geringeren Hebungen und Senkungen, darauf ein allmähliches Anschwellen und kurz vor dem Ende ein successiver Abfall.

Kurve 10. Kurve 11.

Kurve 10, 11 und 13. Auf den ersten Schlag erfolgt ein sehr steiler Ausschlag mit einem spitzwinkligen Übergang zur Senkung, ebenso ist der Übergang der relativ tiefen Senkung ebenfalls spitzwinklig. Der Charakter der folgenden Ausschläge bleibt derselbe, wenn auch einige Schwankungen in der Koordinatenhöhe eintreten; im Gegensatz zur Kurve 6 werden hier die Hebungen und Senkungen immer steiler und statt eines allmählichen Überganges in die Horizontale nimmt die Steilheit immer mehr zu, die Abszissen werden unmeßbar klein, und nach einem absolut senkrechten Ausschlag erfolgt ein plötzlicher Übergang in die Horizontale.

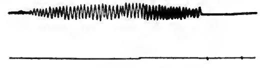


Kurve 12.

Den gleichen Charakter bewahrt die elfte Kurve. — Ähnlich diesen beiden ist Kurve 13; hier ist der Übergang in die Horizontale weniger plötzlich, nach einem relativ hohen und steilen Ausschlag erfolgen noch einzelne minimale Bewegungen. Im allgemeinen tritt aber hier außer der Steilheit und Spitzwinklichkeit noch die periodische Schwankung zutage.

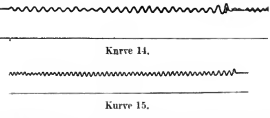
Kurve 12. Diese Kurve beginnt mit einer allmählichen Zunahme der Koordinatenhöhen und nach Erreichung der höchsten Kurve erfolgt ein Abfall in drei periodischen Schwankungen. Die Kurve ist insofern interessant, als sie

ohne Berührung mit dem Hammer erfolgte, also rein psychogen entstanden ist. Dabei ist aber der Übergang aus Hebung und Senkung und umgekehrt auffallend spitz; es wirken also hysterische und spastische Momente zugleich auf den Ablauf der Kurve ein.



Kurve 13.

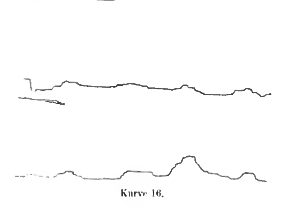
Kurve 14 und 15. Auffallend ist bei den Kurven, die im ganzen denselben Charakter bieten, die außerordentlich große Zahl der Schwingungen, die bei einigen Schwankungen in der Höhe im allgemeinen den gleichen Typus bieten. Die Form der Kurven erinnert an die, welche sich bei Hysteroepileptischen findet.



Kurve 14.

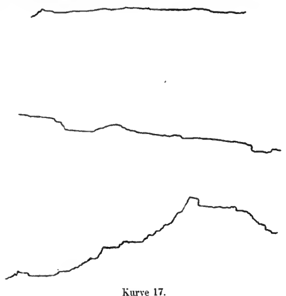
Kurve 15.

Um nun weiter den Tremor der Finger genauer zu analysieren, bediente ich mich des von Sommer angegebenen Apparates und seiner Methode, durch die es gelingt, die einzelnen Bewegungen so zu zerlegen, daß die Zitterbewegungen in drei Dimensionen gesondert übertragen und zur Darstellung gebracht werden können; betreffs der Einzelheiten verweise ich auf die „Analyse der direkten Ausdrucksbewegungen“ in dem Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden. Analyse der Kurven:



Kurve 16.

Kurve 16. Die untere Kurve bedeutet den Druck, die mittlere die seitliche Schwankung, die obere den Stoß. Es zeigen sich zunächst in allen drei Kurven vier Hebungen, welche den Atembewegungen entsprechen. Jede von diesen Hebungen besteht aus einer Reihe von einzelnen Etagen, während gröbere Zittererscheinungen fehlen. Das Charakteristische liegt darin, daß nach einzelnen Hebungen und Senkungen sehr häufig fast horizontale Kurvenabschnitte bis zum nächsten Niveauwechsel erscheinen. Die Kurve hat also nicht den Charakter des Tremors, wie es bei hysterischen und epileptischen Neurosen sehr häufig ist, sondern den des etagenförmigen Niveauwechsels mit spastischer Festhaltung. Die Kurve paßt zu dem eigenartig gespannten Charakter des Ganges sehr gut; dabei deutet sich in dem öfteren Niveauwechsel, der auch unabhängig von den Atembewegungen ersichtlich ist, ein ataktisches Moment an.



Kurve 17.

Kurve 17. Zeitlich anschließend an Kurve 16. Die Atembewegungen sind in dieser Kurve kaum angedeutet. Die Druckkurve läßt eine starke ataktische Veränderung des Niveaus erkennen. Dabei zeigen sich häufig wieder die etagenförmigen kleinen Niveauveränderungen. Daneben treten aber nunmehr auch eine Reihe von leichten Zittererscheinungen auf in höherem Grade als dies in Kurve 16 hervortritt, und zwar gilt das für alle drei Kurvenlinien. Am deutlichsten sind die einzelnen feinen Stöße in der obersten Kurve zu erkennen.

Es treten also neben Ataxie und Spannung in dieser Kurve ganz feine Tremorerscheinungen auf, die wohl als abnorm frühe Ermüdungserscheinungen aufzufassen sind und sich durchaus von dem viel gröberen Tremor der hysterischen und epileptischen Neurose unterscheiden.

Die Untersuchung der motorischen Funktionen ergibt demnach zwar einerseits im Gebiet der Reflexkurven Erscheinungen,

die bei hysterischem Schwachsinn sehr häufig sind, anderseits in gleicher Beziehung Symptome, wie sie bei den speziell organisch bedingten Schädigungen der Pyramidenseitenstrangbahn sehr häufig sind, ferner bei den Kurven der Fingerhaltung spastisch-ataktische Phänomene in Übereinstimmung mit der Gangart. Es ergibt sich somit ein eigenartiger Symptomenkomplex, in welchem unter der Hülle hysterischer Züge Bewegungsstörungen vorhanden sind, die zu der Diagnose multiple Sklerose gut passen.

In Übereinstimmung mit dieser Auffassung steht die im Lauf der klinischen Untersuchung herausgestellte Tatsache, daß die Frau vor zwei Jahren rechts beginnende Opticusatrophie gezeigt hat, die seitdem nur wenig fortgeschritten ist.

Im Hinblick auf diese muß noch differentialdiagnostisch tabische Paralyse in Betracht gezogen werden; jedoch ergibt der Gesamtbefund in Verbindung mit der einseitigen Opticusatrophie vielmehr die Annahme einer von Hysterie überlagerten multiplen Sklerose.

Ob der vor vier Jahren erlittene Schreck bei dem Tode des Kindes als Ursache der Erkrankung betrachtet werden kann, läßt sich mit Sicherheit kaum entscheiden. Jedenfalls muß beachtet werden, daß die psychischen Veränderungen sich nach unseren bisherigen Ermittelungen an das damalige psychische Trauma angeschlossen haben und nach dem anfänglich rein depressiven Charakter nach und nach immer mehr einen eigenartigen Schwachsinn dargestellt haben. Es führt also zweifellos, wenn die Anamnese richtig ist, eine ununterbrochene Kette von Symptomen seit jenem schreckhaften Vorgang bis zur Gegenwart.

Die vorstehende Untersuchung soll zeigen, wie man in zweifelhaften Fällen besonders im Hinblick auf die oft schwierige Unterscheidung von psychogener Neurose und multipler Sklerose aus der Untersuchung der motorischen Funktionen Anhaltspunkte nach der einen oder anderen Richtung gewinnen kann. Auch ohne die einseitige Sehnervenatrophie müssen wir uns auf Grund methodischer Untersuchung motorischer Funktionen für die Annahme einer durch Hysterie zum Teil verdeckten multiplen Sklerose entscheiden. Über den weiteren Verlauf des Falles, über den später in dieser Klinik berichtet werden soll, läßt sich bisher (Febr. 06.) schon sagen, daß das Querulieren mehr in den Hintergrund getreten ist, während die objektive Störung des Ganges immer stärker geworden ist. Diese zeigt sich nach Rückbildung einer Anzahl der accidentell psychogenen Erscheinungen als konstantes und fortschreitendes Symptom, was zu der Annahme einer allmählich sich weiter ausbildenden multiplen Sklerose sehr gut paßt.

Eine Nachuntersuchung am 25. Mai ergab folgendes:

Links kein Fußklonus, rechts einige Male angedeutet, r. Kniephänomen sehr lebhaft, rasche Zuckung, l. ebenfalls, z. Z. links stärker als rechts. Rechts bei weiterer Untersuchung deutlicher Fußklonus, links einige Male angedeutet. Die letztere Untersuchung war mit Unterstützung der Kniekehle vorgenommen. Bei Bestreichen der Fußsohle Dorsalflexion des Fußes rechts, links fast gar keine Reaktion. Kein Babinskischer Reflex. Bei dem Versuch, die vorgehaltene Hand zu fangen, ruckweise wenig geschickte Bewegungen. In der letzten Zeit wurde bei dieser Prüfung mehrfach unwillkürliche Reaktion mit konvulsivischem Lachen beobachtet. Auch jetzt fällt auf, daß die Frau mitten in einer querulierenden Erzählung auf eine scherzhafte Wendung mit einem konvulsivischen Gelächter reagiert. Die herausgestreckte Zunge zeigt unwillkürliche Bewegungen ataktischer Art. Die Pupillen weisen bei mittlerem Tageslicht geringe Reaktion auf, bei Lampenbeleuchtung stärkere. Manchmal hat man den Eindruck einer trägen Bewegung.

Die Fähigkeit zu gehen ist in den letzten Monaten immer geringer geworden. Sie geht ganz langsam und breitspurig und kann, wenn sie mit den Zehen anstößt, sich schlecht korrigieren, was vermutlich auf Spasmen beruht. Bei passiven Bewegungen erscheint das rechte Bein öfter gespannt, das linke ist lockerer.

Sie gibt an, nachts manchmal in den Oberschenkeln von der Wade bis zur Hüfte ein „Singeln" zu haben. Bei Bewegung der Augen nach links eine Reihe von einzelnen kurzen Zuckungen mit relativ langen Pausen, beim Blick nach rechts weniger. In den letzten Tagen ist sie mehrfach am Tage oder nachts unrein mit Urin. Am Tage spielt sich dies meist in der Weise ab, daß sie versucht, das Klosett zu erreichen, daß sie jedoch unterwegs den Urin nicht halten kann. Darüber befragt, gibt sie die Unreinlichkeit in der Nacht überhaupt nicht zu und erklärt die Unreinlichkeit am Tage aus äußeren Umständen (z. B. das Klosett sei besetzt etc.). Eine ausgeprägte skandierende Sprachstörung ist nicht vorhanden, sie macht jedoch öfter beim Sprechen plötzliche Pausen. Ferner gibt sie an, öfter die Worte nicht zu finden.

Das ganze Krankheitsbild hat sich in den letzten Monaten deutlich in der Richtung der organischen Erkrankung weiter entwickelt, wobei besonders die sich weiter entwickelnde Gehstörung und die beobachtete Incontinentia urinae in Betracht kommt. Psychisch hat bei der klinischen Behandlung das hysterische Moment sich mehr zurückgebildet, während die Züge von Schwachsinn sich steigern. Der ganze Zustand läßt an dem Bestehen einer organischen Erkrankung keinen Zweifel mehr, die sehr wahr-

scheinlich in einer **multiplen Sklerose** des **Rückenmarks** und des **Gehirns** besteht.

## Anhang.

### Berechnung der Kurven.

| | Kurve 1 | | | | Kurve 2 | | | | Kurve 3 | | | | Kurve 4 | | | | Kurve 5 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | H. | | S. | | H. | | S. | | H. | | S. | | H. | | S. | | H. | | S. | |
| | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. |
| 1 | 6,5 | 2,5 | 2,0 | 2,0 | 8 | 3,5 | 2,0 | 2,0 | 4,0 | 1,0 | 2,5 | 1,0 | 5,5 | 2 | 2,0 | 1,0 | 3,0 | 1,5 | 2,0 | 1,5 |
| 2 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | 2,5 | 3,0 | 3,0 | 1,5 | 2,0 | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 2,0 | 2 | 0,5 | 1,5 | 2,5 | 1,5 | 1,0 | 1,5 |
| 3 | 0,2 | 1,5 | | | 2,0 | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,5 | 2 | 0,5 | 1,5 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 2,0 |
| 4 | 0,5 | 1,0 | | | 2,0 | 2,0 | 1,0 | 2,5 | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,5 | 2 | 0,5 | 1,5 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 1,5 |
| 5 | 0,5 | 1,0 | | | 1,5 | 2,5 | 0,5 | 1,5 | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,5 | 2,5 | 0,5 | 1,5 | 0,5 | 1,5 | 0,5 | 1,5 |
| 6 | 0,5 | 1,0 | | | 2,0 | 2,5 | 2,0 | 2,5 | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | 1,5 | 0,5 | 1,5 | 0,5 | 1,5 |
| 7 | 0,5 | 1,0 | | | 2,0 | 2,5 | | | 4,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 2,5 | 0,X | 1,5 | 0,5 | 1,5 | 0,X | 0,5 |
| 8 | | | | | | | | | 4,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 0,X | 1,0 | 0,5 | 1,5 | 0,X | 0,5 |
| 9 | | | | | | | | | 4,0 | 1,0 | 2,5 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 0,X | 1,0 | 0,X | 1,5 | 0,X | 0,5 |
| 10 | | | | | | | | | 4,0 | 1,0 | 3,0 | 1,0 | 1,0 | 1,5 | 0,X | 1,0 | 0,X | 1,2 | 0,X | |
| 11 | | | | | | | | | 3,0 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 0,X | 1,0 | | | | |
| 12 | | | | | | | | | 4,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 1,5 | 0,X | 1,0 | | | | |
| 13 | | | | | | | | | 3,0 | 1,0 | 2,5 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 0,X | 1,5 | | | | |
| 14 | | | | | | | | | 4,0 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 3,0 | 0,X | 1,0 | | | | |
| 15 | | | | | | | | | 4,5 | 1,5 | 3,0 | 1,0 | 0,5 | 1,5 | 0,X | 0,5 | | | | |
| 16 | | | | | | | | | 4,0 | 1,5 | 3,0 | 1,0 | 1,0 | 1,5 | 0,X | 0,5 | | | | |
| 17 | | | | | | | | | 3,5 | 1,5 | 3,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 0,X | 0,5 | | | | |
| 18 | | | | | | | | | 3,5 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | 0,5 | 1,0 | 0,X | 0,5 | | | | |
| 19 | | | | | | | | | 4,0 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 0,X | 0,5 | | | | |
| 20 | | | | | | | | | 4,0 | 1,5 | 3,0 | 1,0 | 0,5 | 1,0 | 0,X | 1,0 | | | | |
| 21 | | | | | | | | | 3,0 | 1,5 | 2,5 | 1,0 | 1,5 | 1,5 | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | 2,0 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | 1,0 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | 2,5 | 1,0 | 1,0 | 0,5 | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | 3,0 | 1,0 | 0,5 | 0,0 | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | 3,0 | 1,5 | 1,0 | 0,5 | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | 3,5 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | 3,5 | 1,5 | 2,5 | 1,0 | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | 3,0 | 1,5 | 3,0 | 1,0 | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | 3,0 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | | 2,5 | 1,5 | 1,5 | 1,0 | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | 2,0 | 1,5 | 1,5 | 1,0 | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | 2,0 | 1,5 | 1,5 | 1,0 | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | 2,0 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | 2,0 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | | | | | | | | |
| 36 | | | | | | | | | 2,0 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | | | | | | | | |
| 37 | | | | | | | | | 2,0 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | | | 1,5 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | | | 1,5 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | 1,5 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | | | | | | | | |
| 41 | | | | | | | | | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 0,5 | | | | | | | | |
| 42 | | | | | | | | | 1,5 | 1,0 | 1,5 | 0,5 | | | | | | | | |
| 43 | | | | | | | | | 1,5 | 0,1 | 1,0 | 0,5 | | | | | | | | |
| 44 | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 1,0 | 0,5 | | | | | | | | |
| 45 | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 0,2 | 0,X | | | | | | | | |

Anm.: Werte unter 0,5 mm werden mit 0,X bezeichnet.

| | Kurve 6 | | | | Kurve 7 | | | | Kurve 8 | | | | Kurve 9 | | | | Kurve 10 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | H. | | S. | | H. | | S. | | H. | | S. | | H. | | S. | | H. | | S. | |
| | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. |
| 1 | 4 | 0,5 | 2 | 0,5 | 3 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 5,0 | 1,5 | 3,0 | 1,5 | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 0,X | 2,5 | 0,5 | 2,0 | 0,5 |
| 2 | 2 | 0,5 | 1,5 | 0,5 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 3,0 | 1,5 | 2,0 | 1,5 | 2,0 | 0,5 | 1,0 | 0,X | 1,5 | 0,5 | 1,5 | 0,5 |
| 3 | 1,0 | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 0,5 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 1,5 | 1,5 | 1,0 | 0,5 | 1,0 | 0,X | 2,0 | 0,5 | 1,5 | 0,5 |
| 4 | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,5 | 1,0 | 1,0 | 0,5 | 0,5 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 1,5 | 1,5 | 0,5 | 1,0 | 0,X | 2,0 | 0,5 | 1,X | 0,5 |
| 5 | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,2 | 1,0 | 1,0 | 0,5 | 0,5 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 0,5 | 1,0 | 0,X | 1,0 | 0,5 | 1,2 | 0,5 |
| 6 | 0,5 | 0,X | 0,X | 0,X | 0,5 | 0,7 | 0,X | 0,5 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 0,X | 1,0 | 0,X | 1,5 | 0,5 | 1,4 | 0,5 |
| 7 | 0,X | 0,X | 0,5 | 0,X | 0,5 | 1,0 | 0,X | 0,5 | 0,5 | 1,0 | 1,0 | 1,5 | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | 1,5 | 0,X | 1,0 | 0,X |
| 8 | 0,5 | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 1,0 | 0,X | 0,X | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 1,5 | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | 1,5 | 0,5 | 1,0 | 0,X |
| 9 | 0,X | 0.X | 0,X | 0,X | 0,5 | 1,0 | 0,X | 0,X | 1,0 | 1,5 | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | 2,0 | 0,5 | 1,0 | 0,X |
| 10 | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 0,5 | 1,0 | 0,X | 0,X | 1,0 | 2,0 | 0,5 | 1,0 | 1,0 | 0,X | 1,0 | 0,X | 2,0 | 0,X | 1,5 | 0,X |
| 11 | | | | | 0,5 | 0,5 | 0,X | 0,X | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 0,5 | 1,0 | 0,X | 0,5 | 0,X | 2,5 | 0,5 | 1,5 | 0,X |
| 12 | | | | | 1,0 | 0,5 | 0,5 | 0,X | 0,X | 0,5 | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | 3,0 | 0,X | 1,5 | 0,X |
| 13 | | | | | 0,X | 1,0 | 0,X | 0,X | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | 2,5 | 0,5 | 1,5 | 0,X |
| 14 | | | | | 1,0 | 1,0 | 0,X | 0,X | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | 3,0 | 0,X | 2,0 | 0,X |
| 15 | | | | | 0,5 | 0,5 | 0,X | 0,X | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | 2,0 | 0,X | 1,5 | 0,X |
| 16 | | | | | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | | | | | ca. 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | 4,0 | 0,X | 1,0 | 0,X |
| 17 | | | | | 1,0 | 1,0 | 0,X | 0,X | | | | | ca. 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | 2,0 | 0,X | 1,X | 0,X |
| 18 | | | | | 1,0 | 0,X | 0,X | 0,X | | | | | ca. 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | 3,0 | 0,X | 1,0 | 0,X |
| 19 | | | | | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | 4,0 | 0,X | 1,0 | 0,X |
| 20 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 1,0 | 0,X | 2,0 | 0,X | 1,0 | 0,X |
| 21 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | 2,5 | 0,X | 1,0 | 0,X |
| 22 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | 4,0 | 0,X | 1,0 | 0,X |
| 23 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | 1,0 | 0,X | 0,5 | 0,X | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | ca. 0,5 | 0,X | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | | | | |
| 31 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | | | | |
| 32 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | | | | |
| 33 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 0,5 | 0,X | | | | |
| 34 | | | | | | | | | | | | | 0,5 | 0,X | 0,X | 0,X | | | | |

| | Kurve 11 | | | | Kurve 12 | | | | Kurve 13 | | | | Kurve 14 | | | | Kurve 15 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | H. | | S. | | H. | | S. | | H. | | S. | | H. | | S. | | H. | | S. | |
| | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. | Co. | Asc. |
| 1 | 2,0 | 0,5 | 2,0 | 0,5 | 0,2 | 0,X | 0,X | 0,X | 2,5 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 4,5 | 2,5 | 2,0 | 2,0 | 5,0 | 2,0 | 2,0 | 1,5 |
| 2 | 1,5 | 0,5 | 1,0 | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 2,0 | 0,5 | 1,5 | 0,0 | 3,0 | 2,5 | 1,5 | 1,5 | 3,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 |
| 3 | 0,5 | 1,0 | 1,0 | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 2,0 | 0,5 | 1,5 | 0,0 | 2,0 | 2,0 | 1,5 | 2,0 | 3,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 |
| 4 | 3,0 | 0,5 | 2,0 | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 2,5 | 0,5 | 1,5 | 0,0 | 1,5 | 1,5 | 1,0 | 1,5 | 3,0 | 2,0 | 2,0 | 3,5 |
| 5 | 3,5 | 0,5 | 2,0 | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 2,5 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 1,0 | 2,0 | 1,X | 2,0 | 2,0 | 1,X | 2,0 | 2,5 |
| 6 | 3,0 | 0,5 | 2,0 | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 2,5 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 1,5 | 2,0 | 1,5 | 1,5 | 1,0 |
| 7 | 3,5 | 0,X | 1,5 | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 0,X | 3,0 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 1,5 | 2,0 | 1,5 |
| 8 | 3,5 | 0,X | 2,0 | 0,X | 0,X | 0,X | 0,5 | 0,X | 3,0 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 2,0 | 2,0 | 1,X | 1,0 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 2,0 |
| 9 | 3,0 | 0,X | | | 0,X | 0,X | 0,5 | 0,X | 3,0 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 1,5 | 2,0 | 1,X | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 10 | | | | | 0,5 | 0,X | 0,6 | 0,X | 3,0 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 1,5 | 2,0 | 1,X | 1,5 | 2,0 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 11 | | | | | 0,5 | 0,X | 1,0 | 0,X | 2,0 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 2,0 | 2,0 | 1,X | 1,5 | 2,0 | 1,5 | 1,0 | 1,0 |
| 12 | | | | | 1,5 | 0,X | 1,5 | 0,X | 3,0 | 0,5 | 2,5 | 0,0 | 2,0 | 2,0 | 1,5 | 1,X | 2,0 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 13 | | | | | 1,5 | 0,X | 1,5 | 0,X | 3,0 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 2,0 | 2,0 | 1,5 | 2,0 | 2,0 | 1,5 | 1,X | 1,X |
| 14 | | | | | 1,5 | 0,X | 2,0 | 0,X | 3,0 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 1,5 | 2,0 | 1,X | 2,0 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 15 | | | | | 2,0 | 1,0 | | | 3,0 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 1,5 | 1,5 | 1,0 | 2,0 | 2,0 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 16 | | | | | 4,0 | 0,5 | 3,0 | 0,5 | 4,0 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 1,5 | 1,5 | 1,0 | 2,0 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 2,0 |
| 17 | | | | | 3,5 | 0,5 | 3,0 | 0,5 | 3,5 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 1,0 | 1,X | 1,0 | 2,0 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 18 | | | | | 4,0 | 0,5 | 3,0 | 0,5 | 3,5 | 0,5 | 2,0 | 0,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,X | 1,0 | 1,X |
| 19 | | | | | 3,5 | 0,5 | 2,0 | 0,5 | 4,0 | 1,0 | 1,5 | 0,5 | 0,5 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,X | 1,0 | 1,5 |
| 20 | | | | | 3,5 | 0,5 | 2,0 | 0,5 | 4,5 | 1,0 | 4,5 | 0,5 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| 21 | | | | | 3,5 | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 4,5 | 1,0 | 1,5 | 0,5 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 2,5 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | 1,0 |
| 22 | | | | | 3,0 | 0,X | 2,0 | 0,5 | 4,5 | 1,0 | 1,5 | 0,5 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 2,0 | 1,5 | 1,5 | 1,0 | 1,0 |
| 23 | | | | | 3,0 | 0,X | 2,0 | 0,X | 4,0 | 1,0 | 1,0 | 0,5 | 1,0 | 1,5 | 1,0 | 2,0 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | 1,0 |
| 24 | | | | | 3,0 | 0,X | 2,5 | 0,X | 4,5 | 1,0 | 0,5 | 0,5 | 1,5 | 1,5 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,5 | 1,X | 2,0 |
| 25 | | | | | 3,0 | 0,X | 1,5 | 0,X | 3,0 | 1,0 | 0,2 | 1,0 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | 2,0 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 26 | | | | | 2,5 | 0,X | 2,0 | 0,X | 3,5 | 1,0 | 1,5 | 0,5 | 1,5 | 2,0 | 1,0 | 2,0 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 27 | | | | | 3,0 | 0,X | 1,5 | 0,X | 3,5 | 1,0 | 1,5 | 0,5 | 1,0 | 1,0 | 0,5 | 1,0 | 2,0 | 1,X | 1,X | 1,5 |
| 28 | | | | | 3,0 | 0,X | 1,0 | 0,X | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | 1,0 | 2,0 | | | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 29 | | | | | 2,5 | 0,X | 1,5 | 0,X | 3,5 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | 0,X | 0,X | | | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 30 | | | | | 2,5 | 0,X | 1,0 | 0,X | 3,5 | 1,0 | 1,0 | 0,5 | | | | | 1,X | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 31 | | | | | 2,0 | 0,X | 1,0 | 0,X | 4,0 | 1,0 | 3,0 | 0,5 | | | | | 1,X | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 32 | | | | | 2,0 | 0,X | 1,0 | 0,X | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | | | | | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 2,0 |
| 33 | | | | | 1,5 | 0,X | 1,0 | 0,X | 3,0 | 1,0 | 2,5 | 0,5 | | | | | 1,X | 1,5 | 1,5 | 2,0 |
| 34 | | | | | 2,5 | 0,X | 1,0 | 0,X | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | | | | | 1,5 | 2,0 | 2,0 | 2,0 |
| 35 | | | | | 2,0 | 0,X | 1,0 | 0,X | 2,5 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | | | | | 1,5 | 2,0 | 1,X | 1,5 |
| 36 | | | | | 1,5 | 0,X | | | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | | | | | 1,5 | 2,0 | 1,0 | 1,5 |
| 37 | | | | | 0,5 | 0,X | | | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | | | | | 1,5 | 2,0 | 1,0 | 1,5 |
| 38 | | | | | | | | | 3,0 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | | | | | 1,X | 1,5 | 1,X | 1,5 |
| 39 | | | | | | | | | 2,5 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | | | | | 1,X | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| 40 | | | | | | | | | 2,5 | 1,0 | 2,X | 0,5 | | | | | 1,X | 1,5 | 1,X | 1,5 |
| 41 | | | | | | | | | 3,5 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | | | | | 1,0 | 1,5 | 0,5 | 1,0 |
| 42 | | | | | | | | | 3,5 | 1,0 | 1,0 | 0,5 | | | | | 1,X | 1,5 | 1,0 | 1,5 |
| 43 | | | | | | | | | 2,5 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | | | | | 1,X | 1,5 | 1,X | 1,5 |
| 44 | | | | | | | | | 2,5 | 1,0 | 1,5 | 0,5 | | | | | 1,X | 1,5 | 1,X | 1,5 |
| 45 | | | | | | | | | 2,0 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | | | | | 1,X | 1,5 | 0,5 | 1,X |
| 46 | | | | | | | | | 2,5 | 1,0 | 2,0 | 0,5 | | | | | 1,0 | 1,0 | 0,5 | 1,0 |
| 47 | | | | | | | | | 2,0 | 1,0 | 1,5 | 0,5 | | | | | 1,0 | 1,0 | 0,5 | 1,0 |
| 48 | | | | | | | | | 1,5 | 1,0 | 1,0 | 0,5 | | | | | 0,5 | 1,0 | 1,X | 1,X |
| 49 | | | | | | | | | 2,5 | 1,0 | 1,0 | 0,X | | | | | 1,X | 1,X | 1,0 | 1,0 |
| 50 | | | | | | | | | 1,5 | 1,0 | 1,0 | 0,X | | | | | 1,X | 1,X | 0,5 | 1,0 |
| 51 | | | | | | | | | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 0,X | | | | | 1,X | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| 52 | | | | | | | | | 1,0 | 1,0 | 0,5 | 0,X | | | | | 1,X | 1,0 | 1,X | 1,X |
| 53 | | | | | | | | | 0,X | 1,0 | | | | | | | 1,X | 1,0 | | |
| 54 | | | | | | | | | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 0,X | | | | | | | | |
| 55 | | | | | | | | | 0,5 | 0,2 | 0,5 | 0,X | | | | | | | | |
| 56 | | | | | | | | | 0,5 | 0,1 | 0,5 | 0,X | | | | | | | | |
| 57 | | | | | | | | | 0,X | 0,0 | 0,X | 0,X | | | | | | | | |
| 58 | | | | | | | | | 0,X | 0,0 | 0,X | 0,X | | | | | | | | |

# KLINIK

für

# psychische und nervöse Krankheiten.

Herausgegeben

von

**Robert Sommer,**
Dr. med. et phil.,
o. Professor an der Univ. Gießen.

**I. Band. 4. Heft.**

INHALT:





**HALLE a. S.**
Verlag von Carl Marhold
1906.

I.

# Ein Beitrag zur Lokalisation an der Gehirnoberfläche.

Von Wilhelm Ebstein in Göttingen.

Es dürfte wohl sicher keinem Zweifel unterliegen, daß die Lehre von den Lokalisationen krankhafter im Zentralnervensystem und besonders auch im Gehirn sich entwickelnder Prozesse den Erfahrungen am Krankenbett in Verbindung mit denen am Leichentisch mindestens ebensoviel verdankt, wie dem Experiment. Dies würde sich sicherlich in einem noch weit höheren Grade bemerkbar machen, wenn nicht einesteils der Tod häufig erst erfolgte, nachdem die große Ausdehnung des betreffenden pathologischen Prozesses eine eindeutige Erklärung unmöglich gemacht hat, oder, wenn nicht andernteils, was noch häufiger der Fall zu sein scheint, das Dazwischentreten anderer krankhafter Vorgänge, vornehmlich wohl von Hirnblutungen in loco affecto, das zerstörte, wovon man sich eine Aufklärung versprach. In der hier mitzuteilenden Beobachtung erfolgte der Tod infolge einer schweren Darmblutung, indem dieselbe eine rasch sich entwickelnde Insuffizienz des Myocardiums bewirkte, ohne daß der vorliegende Prozeß im Zentralnervensystem dabei eine in Betracht kommende, die Situation verdunkelnde Änderung erfahren hat. Ich hoffe also, daß es der Mühe wert ist, die betreffende Beobachtung — Krankengeschichte und Sektionsbefund — hier kurz mitzuteilen.

## Krankengeschichte.

Der 26 jährige Stellmacher S. aus Allershausen bei Uslar wurde am 19. April 1906 in die Göttinger medizinische Klinik aufgenommen.

Angeblich erblich nicht belastet, gibt Patient an, vor acht Wochen plötzlich mit Schüttelfrost, Fieber und Husten erkrankt zu sein. Seitdem besteht das Fieber fortdauernd, der Husten hat wenig nachgelassen.

Befund. Bei der Aufnahme ist der Kranke bei freiem Sensorium. Erscheinungen von seiten der Hirnnerven bestehen nicht. Er ist ein blasser, dürftig genährter Mann mit Cyanose der Lippen und Ohren. Die peripherischen Arterien zeigen geringe Atheromatose.

Die linke Brusthälfte ist etwas abgeflacht und bleibt bei der Atmung zurück. Über der linken Spitze ist vorn und hinten der Klopfschall verkürzt, im Suprascapularraum links besteht vollkommene Dämpfung. Das Atemgeräusch ist überall vesikulär, das Exspirium in beiden Spitzen verlängert, nach Anhusten hört man in beiden Seiten wenig feinblasige Rasselgeräusche. Herz und Bauchorgane sind ohne pathologischen Befund.

Im Harn findet sich starke Diazoreaktion. Der Stuhl ist dünn ohne Blut- und Eiterbeimengungen. Im Auswurf finden sich Tuberkelbazillen.

In den nächsten Wochen besteht unregelmäßiges Fieber, Nachtschweiße. Das Atemgeräusch wird in der linken Spitze bronchial.

Am 10. Mai vermag Patient das linke Bein nicht mehr zu bewegen, es besteht eine schlaffe Lähmung dieser Extremität, sie liegt nach außen rotiert unbeweglich auf der Unterlage. Die Sensibilität ist erhalten. Der Patellarreflex ist links schwächer als rechts, die Reflexe an der linken Fußsohle sind erloschen. Urin und Stuhl gehen unwillkürlich ab. Das Sensorium ist vollkommen klar, nur besteht geringe Apathie.

Die Pupillen sind in den nächsten Tagen verschieden groß, bald ist die linke, bald die rechte weiter. Nackensteifigkeit besteht nicht.

In der folgenden Woche tritt eine vollständige, gleichfalls schlaffe Lähmung auch des rechten Beines ein. Die Sensibilität in beiden ist erhalten. Die Reflexe sind jetzt leicht erhöht, beiderseits besteht Fußklonus. Das Sensorium bleibt frei. Im Augenhintergrund besteht leichte Papillenschwellung. Zeitweise treten Durchfälle ein.

Am 19. Mai werden durch Spinalpunktion etwa 60 ccm nicht ganz klarer Flüssigkeit entleert, in der sich Tuberkelbazillen finden.

Am 21. Mai ist das Sensorium noch vollkommen klar. Es besteht ganz geringe Nackensteifigkeit und leichte Parese im rechten Mundfacialis. Im übrigen fehlen alle Hirnnervensymptome. Urin und Stuhl gehen unwillkürlich in das Bett.

Vollkommene Lähmung der Beine ohne Sensibilitätsstörung. Die Patellarreflexe sind lebhaft. Fußklonus besteht nicht mehr.

Am 21. Mai nachmittags tritt plötzlich eine große Darmblutung auf. Die Atmung wird tief, die Pupillen werden weit. Das Sensorium wird benommen, der Puls wird klein. In den folgenden Tagen bessert sich zunächst der Zustand etwas. Es besteht dabei nach wie vor andauernd ein völlig atypisches, unregelmäßiges, remittierendes und intermittierendes Fieber. Die Pulsfrequenz schwankt zwischen 96 bis 104 Pulsen. Das Sensorium wird wieder freier. Hirnnervenerscheinungen fehlen.

Am 23. Mai tritt unter dem Zeichen von Herzinsuffizienz der Tod ein.

Sektion (Herr Professor Borst). Die Wirbelsäule bietet im dorsalen Abschnitt nichts Bemerkenswertes. Rückenmark. Nach Entfernung der Proc. spinos. sieht man am freiliegenden Rückenmark bezüglich der Dura äußerlich nichts bemerkenswertes. Der Duralsack nicht erweitert. Beim Einschneiden desselben entleert sich wenig graue Flüssigkeit. Die Dura mater ist an der Innenfläche glatt, wenig stärker als normal injiziert. Nirgends Exsudatbildung; auch nicht in der Pia. Dura etwas stärker injiziert. Auch die Pia mater zeigt keine Veränderungen an der ventralen Zirkumferenz des Rückenmarks, besonders auch keine Tuberkeln. An der hinteren Zirkumferenz ist die Dura und die Pia mater miteinander verklebt. Dura ist hier eigentümlich trocken, an der Innenfläche die Pia mater im Brustteil besonders mit einem grauweißen Exsudat belegt. Massenhafte, allerfeinste Tuberkeln an der Innenfläche der Dura zu sehen. Querschnitte durch das Rückenmark lassen graurötliche Fleckung in Hinter- und Seitensträngen erkennen. Diese Flecken sind unregelmäßig verteilt, unscharf begrenzt, Rückenmarksubstanz sehr weich, über der Schnittfläche vielfach vorquellend (kadaveröse Erscheinung).

Gehirn. Die Dura stark gespannt, durch sie durchschimmernd sieht man die gefüllten Venen der Pia als blaue Stränge. Gerinnsel im Sinus longitudinalis. An der Innenfläche ist die Dura glatt bis auf die Gegend des genannten Blutleiters, wo sich festere Verklebungen der Dura und Pia durch ein gelbes, eitrig-fibrinöses Exsudat finden. Dieses Exsudat findet sich vornehmlich rechterseits. Nach Abziehen der Dura mater ist die Hirnoberfläche ausgeglättet, besonders rechts, wo auch die Füllung der Venen stärker ist. Über der ganzen Konvexität des Gehirns im Bereich der Sulci ist die Pia mater stark getrübt. Besonders stark ist die Anhäufung eines eitrigen Exsudates längs des Sinus longitudinalis rechterseits hinten gegen die Occipitalwindungen. Es steigt das Exsudat überall rechts wie links an der medialen Kante herunter bis zum Balken, daselbst sieht man zahlreiche Tuberkel. Am schwersten ist befallen der Lobus parietalis rechterseits. Die hintere Zentralwindung ist auch stark befallen. An der Hirnbasis ist wenig Exsudat vorhanden. Die Pia mater an der ganzen Basis ist leicht graugelblich getrübt, aber es ist kein Eiter sichtbar. Die Hirnsinus enthalten nur Leichengerinnsel. An den Felsenbeinpyramiden äußerlich nichts zu sehen. Großhirnhemisphären stark verwachsen. Balken ist erweicht. Die Hirnsubstanz ist sehr stark vaskularisiert.

Linkerseits, wo die Entzündung in den medialen Furchen des Gehirns besonders stark auch in den Zentralwindungen entwickelt ist, sieht man auch in der Hirnrinde selbst Knötchen und Blutungen. Besonders stark befallen ist links der Gyrus fornicatus und der Lobus paracentralis.

Rechterseits sind der Lobus parietalis snp. und die hintere Zentralwindung vollständig erweicht bis weit ins Mark hinein. Überall sieht man daselbst ein Übergreifen der eitrigen Exsndatmassen und der verkästen Tuberkel auf der Hirnrinde. Verschont sind die Frontal- nnd die hinteren Occipitalwindungen.

In der Bauchhöhle keine freie Flüssigkeit. Die Serosa einiger Dünndarmschlingen getrübt und mit feiner fibrinöser Auflagerung bedeckt. Die mesenterialen Lymphdrüsen zahlreich geschwellt und auf dem Durchschnitt zum größten Teile verkäst. Beide Lnngen mit der Thoraxwand verwachsen. Im Herzbeutel ca. 30 ccm klare gelbliche Flüssigkeit. Herz nicht vergrößert. Klappen intakt. Muskulatur im Kontraktionsznstande von blaßbrauner Farbe. Die übrigen pathologisch-anatomischen Befnnde ergeben sich ans der nachstehenden

### Pathologisch-anatomische Diagnose:

Meningitis tuberculosa spinalis et cerebralis praecip. convexa. Ausgedehnte Meningoencephalitis rechts und links im Bereich der medialen Partien der Parietal- und Zentralwindnngen. Disseminierte Miliartuberkulose der Leber, Milz und Lungen, Bronchitis und Peribronchitis tuberkulosa mit Kavernenbildung in beiden Oberlappen. Pleuritis adhaesiva beiderseits. Ansscheidungstuberknlose der Nieren. Braune Atrophie des Herzmuskels. Milzschwellung. Tnberknlöses Geschwür an der Hinterfläche des Kehlkopfes. Ausgedehnte Darmtuberkulose mit Gefäßarrosionen. Stauungsleber. Schwellung der mesenterialen Lymphdrüsen. Peritonitis fibrinosa.

### Epikritische Bemerkungen.

Es handelt sich in dem vorliegenden Falle um einen das Gehirn nnd das Rückenmark betreffenden pathologischen Prozeß, dessen tuberknlöse Natur durch die Spinalpunktion klinisch mit der größtmöglichen Sicherheit nachgewiesen worden war. Das Sensorium blieb bis auf die zwei letzten Lebenstage, an denen dasselbe benommen war, frei. Der Prozeß setzte akut mit einer schlaffen motorischen Lähmung des linken Beins ein, welches nach außen rotiert unbeweglich auf der Unterlage ruhte. Die Sensibilität war dabei vollkommen erhalten. Der Patellarreflex war nicht erloschen, sondern auch an dem gelähmten Bein, wenngleich geschwächt, erhalten. Der Hautreflex war von der linken Fußsohle aus nicht auszulösen. Das materielle Substrat für diese schlaffe motorische Lähmung der linken unteren Extremität lag in der rechten Großhirnhemisphäre. Hier fand sich, daß von einer umschriebenen Leptomeningitis tuberculosa aus die Eiterung und die Tuberkulose auch die Gehirnrinde schwer geschädigt hatten und daß der Lobus parietalis

super. und die hintere Zentralwindung vollständig erweicht waren und daß sich diese Erweichung bis weit in das Mark hinein erstreckte. Eine Woche später trat sodann eine vollständige, gleichfalls schlaffe Lähmung der rechten unteren Extremität ein. Eine Störung der Sensibilität war dabei nicht zu konstatieren. Die Sektion ergab in der medialen Furche des Gehirns und im Bereich der Zentralwindungen, in deren Grenzen allerwärts die Entzündung besonders stark entwickelt ist, schwere Veränderungen. Hier sah man nämlich in der Hirnrinde tuberkulöse Knötchen und Blutungen. Besonders stark ergriffen sind linkerseits der Gyrus fornicatus und der Lobus paracentralis. Vor allem erscheint bemerkenswert, daß eine Störung der Sensibilität nicht bestand, sowie auch die bei vollständig freiem Sensorium von vornherein auftretende Lähmung der Blase und des Mastdarms, welche trotz des Fortbestehens des klaren Bewußtseins, welches sich — wie bereits gesagt — erst in den letzten beiden Lebenstagen trübte, dauernd erhalten blieb. Die Sektion des Rückenmarks ergab für dieses Symptom seitens Blase und Mastdarm keine Aufklärung. Es ist unter diesen Umständen sicher erlaubt daran zu denken, ob nicht die zum Teil bestrittene bewußte (willkürliche) Innervation der Blasenmuskulatur und die bewußte, teils erregende, teils erschlaffende Innervation des Sphincter der Harnröhre und des Sphincter internus ani von dem Cortex cerebri tatsächlich besteht.

Das wären die wesentlichen Dinge, welche bei der Vergleichung der Krankheitssymptome mit dem Ergebnis der Leichenöffnung aufstoßen. Die Chronologie der Erscheinungen während des Lebens läßt nicht wohl daran zweifeln, daß die rechte Großhirnhemisphäre die zuerst erkrankte war und daß von ihr aus der tuberkulöse Prozeß auf die linke Großhirnhemisphäre übergegriffen hat. Für die Beurteilung der Pathogenese der vorliegenden Krankheitssymptome mag noch bemerkt werden, daß die Frontal- und die hinteren Occipitalwindungen bei der Sektion frei von pathologischen Veränderungen gefunden worden sind. Es handelte sich in diesem Falle um einen im Fortschreiten begriffenen tuberkulösen Prozeß des Zentralnervensystems, welcher vorzeitig zum Tode führte, indem profuse Blutungen aus schweren Darmulzerationen tuberkulöser Natur in brüsker Weise dem Eintritt desselben Vorschub leisteten.

---

II.

# Myelitis acuta (post influenzam?), Heilung.

Von Wilhelm Ebstein in Göttingen.

---

Bevor ich die Krankengeschichte erzähle, scheint es mir angezeigt, die ätiologische Frage kurz anzuschneiden. In der Überschrift heißt es: Myelitis acuta (post influenzam?). Damit soll nun keineswegs gesagt sein, daß die Myelitis die Folge einer Influenza gewesen sei. Post hoc bedeutet doch noch lange nicht propter hoc. Den Worten: „post influenzam“ ist auch nicht deswegen ein „?“ beigefügt, um über die dadurch anscheinend aufgeworfene Frage, ob es sich in diesem Falle um eine sog. Influenza-myelitis handle, eine Entscheidung zu treffen, sondern es soll zunächst hier nur geprüft werden, ob die der Myelitis vorausgehende Krankheit eine Influenza gewesen ist. In dieser Beziehung läßt sich nur so viel aussagen, daß der Beginn der Krankheit wie beinahe stets bei ihr ein plötzlicher war, und daß sie wie häufig mit einem Schüttelfroste einsetzte. Der Angabe des Kranken, daß er am Tage seiner Erkrankung eine Durchnässung erlitten habe, werden wir eine ausschlaggebende Bedeutung, daß dies als die Krankheitsursache anzusehen sei, nicht zusprechen dürfen. Die Krankheitsdauer von acht Tagen ist mit der in dieser Beziehung bei den Ärzten herrschenden Anschauung ebensogut vereinbar wie die, daß die Kranken nach überstandener Influenza in den meisten Fällen imstande zu sein pflegen, ihre gewohnte Tätigkeit wiederaufzunehmen. Bei dem Mangel weiterer anamnestischer Anhaltspunkte werden wir uns dahin bescheiden müssen, die Möglichkeit, daß hier eine Influenza vorgelegen habe, anzuerkennen.

## Krankengeschichte.

Der 46jährige Zimmermann Friedrich Franke aus Lippterode wurde am 11. August 1905 in die Göttinger medizinische Klinik aufgenommen.

Ohne nachweisbare familiäre Belastung, von mäßigen Lebensgewohnheiten und geschlechtlich angeblich niemals infiziert, ist der

Patient bis auf einen vor acht Jahren überstandenen Unterleibstyphus, infolgedessen er ein Vierteljahr krank war, bis zu der gegenwärtigen Erkrankung stets gesund gewesen.

Am 15. Juni 1905 erkrankte er abends, als er sich ins Bett legen wollte, angeblich infolge einer an demselben Tage erlittenen starken Durchnässung, mit einem Schüttelfrost. Nachdem er acht Tage zu Bett gelegen hatte, war es ihm möglich, wieder aufzustehen und seine Arbeit wieder aufzunehmen. Nachdem er vier bis fünf Tage dieselbe geleistet hatte, bekam er auf dem Zimmerplatze wieder einen heftigen Schüttelfrost. Er mußte sofort seine Wohnung aufsuchen, wo er heftige Schmerzen bekam. Dieselben sollen reichlich 14 Tage angehalten haben, sie waren am stärksten längs der Wirbelsäule und in der Gegend der Schulterblätter. Patient konnte weder stehen, noch sitzen, noch liegen. Eines Abends, als Patient zum Sofa gehen wollte, merkte er, daß die Beine ihren Dienst versagten, und als er nachts dieselben an den Leib ziehen oder heben wollte, bemerkte er, daß dieselben absolut nicht bewegt werden konnten. Am Morgen desselben Tages hatte er schon keinen Urin lassen können, der Arzt mußte ihn katheterisieren. Das Gefühl will Pat. immer in den Beinen gehabt haben. Gleichzeitig mit der Lähmung der unteren Extremitäten soll auch der Stuhlgang unwillkürlich abgegangen sein. Seit acht Tagen aber hat Patient beobachtet, daß die Lähmung besser geworden sei, er konnte die Beine wieder etwas im Kniegelenk beugen und an den Leib ziehen.

Bei der Aufnahme in die Klinik zeigte der kräftig gebaute, mit guter Muskulatur und mäßigem Fettpolster ausgestattete Kranke, der keine wassersüchtigen Anschwellungen hatte, auf dem Kreuzbein einen zweihandtellergroßen, bis auf die Muskulatur vordringenden brandigen Decubitus. Eine kleinere decubitale Stelle befand sich am rechten äußeren Knöchel. Drüsenschwellungen fehlten. Haut und Schleimhäute waren von normaler Farbe. Gebiß leidlich, die Zunge war stark belegt, die Rachenschleimhaut leicht gerötet. Der Appetit sehr schlecht.

Die Pupillen reagierten prompt reflektorisch und akkomodativ. Es bestanden keinerlei Störungen im Gebiet der Gehirnnerven. Die Arme waren gut beweglich und hatten normale Kraft. Die Beine waren passiv in allen Gelenken leicht beweglich; aktiv waren die Zehen beweglich ferner waren sämtliche Bewegungen in den Fußgelenken möglich, auch konnte das Knie gebeugt und danach die Beine an den Leib herangezogen werden. Beide Beine verhielten sich darin gleich. Die ausgestreckten Beine konnten absolut nicht von der Unterlage gehoben werden. Die möglichen Beinbewegungen gingen nur sehr träge und langsam vor sich. Die Sensibilität war zwar für Berührungen an den gelähmten Teilen erhalten, aber an den Unterschenkeln war sie doch ein wenig herabgesetzt, das gleiche galt für das Schmerzgefühl und

den Temperatursinn. Das erstere zeigte eine deutlich verlangsamte Leitung. Die Sensibilität an den Gelenken und dem Periost der abtastbaren Knochen an den unteren Extremitäten erschien vollkommen normal. Die Patellarreflexe waren gesteigert. Beiderseits entstand bei der Erzeugung des Fußphänomens Fußklonus, das Babinskische Phänomen war positiv, der Cremasterreflex war beiderseits erhalten. Der Bauchreflex war dagegen nicht auslösbar. Es bestanden Lähmung der Blase und des Mastdarms, Urin und Stuhlgang gingen unwillkürlich ab.

Es bestand ein leichtes Lungenemphysem. Im Zirkulationsapparat fand sich, abgesehen von mäßiger Herzschwäche, nichts abnormes. Der Puls war stark beschleunigt, ca. 120 Schläge in der Minute, dagegen bestand normale Frequenz der Atemzüge. Der Bauch war normal konfiguriert, Leber und Milz waren nicht vergrößert, über dem Darm allerwärts tympanitischer Schall.

Patient wurde alsbald in das permanente Wasserbad gesetzt, in welchem er sich sehr wohl befand, indem darin die großen Schmerzen alsbald nachgelassen hatten. Auch gestaltete sich der bis dahin ganz daniederliegende Appetit zufriedenstellend. Der Urin war trübe, zeigte geringen Eiweißgehalt. Im Urinsediment fanden sich zahlreiche Leukozyten und Epithelien der Harnwege, keine Harnzylinder. Die Temperatur schwankte zwischen 38 bis 39°. Der Decubitis fing an sich zu reinigen, damit hörte auch die Temperaturerhöhung auf. Am 17. August war Entfieberung eingetreten, die Pulsfrequenz fing an, sich zu ermäßigen. Am 19. August wurde folgendes notiert. Das Decubitalgeschwür in der Kreuzbeingegend wird durch möglichste Entfernung brandiger Massen tunlichst mechanisch gereinigt. Die Granulationsbildung war üppig. Es traten mehrfach kleinere, während der letzten Nacht eine ziemlich starke Blutung aus dem Decubitalgeschwür auf. Eine kleine arrodierte Arterie mußte unterbunden werden. Infolge dieser Blutung bekam der Kranke Kollapszustand.

Der Patient erholte sich aber ziemlich rasch und die Heilung des Decubitus machte weiterhin sehr gute Fortschritte. Am 6. September war das subjektive Befinden ein gutes. Der Patient konnte stehen, im rechten Beine bestanden noch Parästhesien und die oben erwähnten geringen Sensibilitätsstörungen, gelegentlich traten besonders in diesem Beine auch unwillkürliche Zuckungen auf, die Sphincteren von Blase und Mastdarm waren noch schwach. Der Urin zeigte aber keine abnormen Bestandteile mehr. In der nächsten Woche besserten sich alle ebengenannten Symptome, Pat. konnte schon einige Schritte gehen, war auch imstande kleine Klismen zu halten, die spastischen Erscheinungen bestanden aber noch weiter. Indes auch diese Störungen wurden in der zweiten Hälfte des September besser, die unwillkürlichen Zuckungen traten nur noch sehr selten auf. Die Fäces wurden nicht mehr un-

willkürlich entleert. Als Patient am 20. Oktober aus der Klinik auf seinen Wunsch entlassen wurde, war der Decubitus bis auf eine markstückgroße Stelle verheilt. Der Kranke geht schon ohne Stock durch das Zimmer. Erhöhte Reflexe und Spasmen in den Beinen bestehen noch, wenn auch weniger stark. Überhaupt sind alle noch vorhanden gewesenen Störungen entweder völlig rückgängig geworden oder erheblich vermindert. Eine im Februar 1906 hierher gelangte Nachricht meldet des Patienten völliges Wohlbefinden. Der Decubitus ist längst geheilt. Der Kranke geht, ohne sich eines Stockes zu bedienen, es ist nur noch etwas Steifheit und Kältegefühl im rechten Beine vorhanden.

## Epikritische Bemerkungen.

Erinnern wir im Anschluß an die Krankengeschichte in ätiologischer Beziehung zunächst daran, daß man geneigt ist, grade bei den nach Influenza entstehenden Myelitiden eine günstigere Prognose zuzulassen, so wird die Diagnose, daß die der Myelitis vorangegangene Krankheit eine Influenza war, mit Rücksicht auf den günstigen Ausgang eine größere Wahrscheinlichkeit gewinnen, da man doch kausale Beziehungen zwischen beiden Krankheiten kaum in Abrede stellen wird. Die akute Myelitis begann wie die ihr vorangegangene Krankheit plötzlich mit einem Schüttelfrost, nachdem der Kranke seine gewöhnliche Arbeit als Zimmermann vier bis fünf Tage getan hatte. Dem Auftreten der motorischen Lähmungserscheinungen gingen etwa 14 Tage lang andauernde, lediglich sensible, durch außerordentlich heftige Schmerzen sich charakterisierende Reizerscheinungen voraus. Als die Reizerscheinungen in der sensiblen Sphäre, welche sich bis in die Gegend der Schulterblätter erstreckten, aufhörten, traten die Lähmungserscheinungen ziemlich unvermittelt ein, indem während eines Abends die Beine den Dienst versagten. Einen halben Tag waren der Lähmung der Beine Lähmungserscheinungen des Detrusor der Harnblase vorausgegangen. Die Sensibilitätsherabsetzung in den gelähmten Beinen war dabei eine sehr geringfügige. Dagegen soll sich gleichzeitig, wie der Kranke berichtet, eine Lähmung des Mastdarms eingestellt haben. Nachdem die Lähmung der Beine reichlich einen Monat lang bestanden hatte, trat eine geringe Besserung derselben ein. Dagegen überraschte bei der Aufnahme des Kranken in die Klinik ein tiefgehender brandiger Decubitus von erheblicher Ausdehnung. Im übrigen bot der Kranke das Bild einer Myelitis acuta dorsalis, also der häufigsten Form der akuten Rückenmarksentzündung. Dieselbe kam nach etwa viermonatlichem Bestehen zur Ausheilung. Derselben gingen leichte spastische Erscheinungen während des Rückganges der motorischen Lähmung voraus. Leichte Steifigkeit und Parästhesien im rechten Bein waren die letzten Reste der schweren Krankheit.

Die Besserung der motorischen Lähmung der Beine hatte bereits begonnen, als der Patient in die Klinik aufgenommen wurde. Indes kann man trotz dieser spontanen Heilungstendenz doch behaupten, daß derselbe den Folgen der Myelitis, in erster Reihe dem brandigen Decubitus, erlegen wäre, wenn er nicht in die Klinik gekommen wäre. Das permanente Wasserbad bewährte sich hier in ausgezeichneter Weise. Fieber und Schmerzen wurden in demselben alsbald rückgängig und die Heilung des brandigen Decubitalgeschwürs begann bald. Die Abstoßung der Brandschorfe veranlaßte eine arterielle Blutung, indes konnten durch die sofortige geeignete Behandlung derselben alle weiteren üblen Folgen hintangehalten werden.

Nachdem von mir — allerdings mit allem Vorbehalt — die Möglichkeit, ja die Wahrscheinlichkeit betont worden ist, daß es sich hier um eine im Gefolge einer Influenzaerkrankung entstandene Myelitis acuta gehandelt habe, erübrigt es noch, einige Bemerkungen über die Beziehungen dieser Seuche zu dieser Erkrankung des Rückenmarks anzuschließen. Bekanntlich schädigt die Influenza, eine der polymorphsten Seuchen, die es überhaupt gibt, das Nervensystem und speziell auch das Zentralnervensystem und besonders wieder das Rückenmark in der mannigfachsten Weise. Es liegt gänzlich außerhalb der Grenzen dieser Mitteilung, auf alle diese Komplikationen und Nachkrankheiten der Influenza näher einzugehen. Daß es sich bei dem hier mitgeteilten Falle um eine wirkliche Myelitis acuta gehandelt hat, darf nach der gegebenen Krankheitsbeschreibung nicht wohl in Zweifel gezogen werden. Die Zahl dieser Fälle ist — wie mir scheint — übrigens spärlich gesät, und keineswegs alle halten der Kritik stand. Noch weit geringer sind die pathologisch-anatomischen Beobachtungen in dieser Richtung, und ganz vereinzelt sind, nach meiner Kenntnis der einschlägigen Literatur, die Beobachtungen, bei denen durch Aufsuchen der soviel umstrittenen Influenzabazillen die Influenzamyelitis auf einen sicheren ätiologischen Boden zu stellen versucht worden ist. In symptomatologischer Beziehung bietet übrigens die im Gefolge von Influenza auftretende akute Myelitis gegenüber den auf anderer ätiologischer Basis entstehenden keine charakteristischen Unterschiede. H. A. Maillart[1]), welcher die wohl nicht absolut zutreffende Ansicht aussprach, daß alle Rückenmarkssymptome, die mit Sicherheit auf die Influenza zurückzuführen sind, lediglich bei Frauen vorkommen, hat zwei Formen von Influenzamyelitis unterschieden, nämlich: 1. die diffusen Myelitiden mit schlaffer Paraplegie und aufgehobenen Sehnenreflexen und 2. die Myelitiden nach dem Typus der spasmodischen Tabes mit Kontrakturen und Steigerung

---

[1]) H. A. Maillart. Étude clinique sur la grippe pandémique etc. Dissertat. inaugur. Genève 1881, p. 61.

der Reflexe. Ich glaube nicht, daß es heut schon an der Zeit ist, so scharfe Gruppierungen aufzustellen. Es will mir scheinen, daß die Influenza die verschiedensten Formen von Rückenmarkserkrankungen bewirken kann. Klarheit ist erst dann zu erwarten, wenn es gelingen wird, in jedem einzelnen Falle die betr. Krankheitserreger sicher nachzuweisen.

---

III.

# Einige Bemerkungen zur Behandlung der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems.

Von Wilhelm Ebstein in Göttingen.

Wie überall hängt der Erfolg bei der Behandlung innerer Krankheiten, wo ein solcher überhaupt zu erzielen ist, so auch, und zwar in allererster Reihe bei den syphilitischen Erkrankungen innerer Organe von der Stellung einer richtigen ätiologischen Diagnose ab. Bei den der direkten Beobachtung zugänglichen syphilitischen Krankheitssymptomen spielt die Erforschung der Ätiologie in den meisten Fällen keine so ausschlaggebende Rolle, weil dieselben fast immer in ihrer Erscheinungsweise und in ihrem Verlauf etwas durchaus Charakteristisches und Typisches haben. Ein gleiches ist bei der anatomischen Untersuchung syphilitischer Erkrankungen innerer Organe nur in einem gewissen Bruchteil zu beobachten, in einem anderen dagegen vermag man selbst mit bewaffnetem Auge teils gar nicht, teils nur unsicher zu sagen, ob der Prozeß auf syphilitischer Basis entstanden ist. In einer Reihe von Fällen aber hat die Art des Auftretens der Symptome und der Verlauf etwas so Eigenartiges, daß man dabei auch ohne sichere ätiologische Basis an die syphilitische Natur der vorliegenden Krankheit denken muß. Dies gilt besonders auch von gewissen syphilitischen Affektionen des Zentralnervensystems. In sehr instruktiver Weise ist dies dem ärztlichen Publikum von C. A. Wunderlich [1]) zu Gemüte geführt worden, und jeder Arzt wird aus dieser Arbeit auch heut noch großen Nutzen ziehen können. Mannigfach sind die anatomischen Veränderungen, welche der syphilitische Prozeß im Gehirn und Rückenmark zuwege bringt. Nicht wenige denken bei der Syphilis des Rückenmarks, daß die Tabes deren einzige Erscheinungsweise sei. Die Beziehungen der Tabes zur Syphilis waren und sind immer noch der Gegenstand lebhafter Diskussionen. Jedenfalls ist heut soviel sichergestellt, daß bei der Ätiologie der Tabes die Syphilis eine bedeutsame Rolle spielt, daß aber im Rückenmark

[1]) Prof. Wunderlich (Leipzig), Über luetische Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks. R. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge Nr. 93. (Innere Medizin Nr. 32.)

außer der Tabes eine große Reihe anderer pathologischer Prozesse auf syphilitischer Basis entsteht, von denen jeder entweder selbständig oder sich mit anderen kombinierend verlaufen kann. Von den spinalen Manifestationen seien hier außer der besonders häufigen Meningomyelitis syphilitica angeführt die syphilitische Spinalparalyse, die Pachymeningitis syphilitica, die gummöse Infiltration der Meningen, die syphilitische disseminierte Sklerose. Gleichgültig aber, welche der mannigfachen Affektionen des Zentralnervensystems bei dessen syphilitischer Erkrankung vorliegen mögen, immer kommt es darauf an, daß so früh wie irgend möglich eine antisyphilitische Behandlung energisch in Angriff genommen werde. Ich sehe als solche bei allen syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems die gleichzeitige Quecksilber- und Jodtherapie an. Was die letztere betrifft, so ist sie eine Errungenschaft der neueren Zeit. Die Wirkung des Jodkaliums bzw. des Jodnatriums bei der sog. tertiären Syphilis bzw. bei dem Gumma kann als sicher angenommen werden. Da es sich dabei um der Verkäsnng verfallende Granulationsgeschwülste in erster Reihe handelt, welch letztere nnter allen Umständen im Zentralnervensystem, wegen ihrer deletären Folgen, zu verhüten ist, halte ich die sofortige Anwendung der Jodpräparate bei allen Formen von viszeraler Syphilis, und insbesondere bei syphilitischen Affektionen des Nervensystems, für unerläßlich. Die Wirkung des Quecksilbers bei der Syphilis ist bekanntlich alten Datums, und es ist von Interesse, daß dieses Metall als Hauptmittel gegen die „Frankenkrankheit", deren übrigens erst in den Schriften des 16. Jahrhunderts Erwähnung geschieht, auch in der indischen Medizin erscheint, und zwar besonders innerlich, z. B. in einer Pille mit Weizen, die ohne die Zähne zu berühren hinuntergeschluckt wird, aber auch äußerlich als Räuchermittel oder, indem man das Quecksilber zwischen den Händen verreibt.[1] Von den Quecksilberpräparaten bin ich immer wieder, so oft ich vorübergehend davon abgegangen war, sehr bald auf die Schmierkur mit grauer Salbe zurückgekommen. Dieselbe wird mit Recht von den Syphilodologen trotz mancher ihr anhaftenden Inkonvenienzen nicht nur wegen der Promptheit ihrer Wirkung, sondern auch wegen der Dauerhaftigkeit des Erfolges für die empfehlenswerteste Methode gehalten. Dabei tritt auch bei den schwersten Formen von syphilitischen Erkrankungen, die das Zentralnervensystem heimsuchen, oft der günstige Einfluß der Inunktionskur in einer ebenso überraschenden wie schnellen Weise ein. Dies ergibt sich anscheinend durchaus unzweideutig aus folgender von Wunderlich (l. c. S. 753) mitgeteilter Beobachtung. Es handelte sich um einen Fall von aszendierender Paralyse infolge von Syphilis, bei der Schritt

[1] Julins Jolly, Medizin im Grundriß der indo-arischen Philologie und Altertumskunde, Bd. 3, Heft 10, S. 106, Straßburg 1901.

für Schritt die Lähmung sich über die Beine, Blase und Rectum, über die Arme, den Nacken ausbreitete. Am zehnten Tage trat Zungen-, am elften Schlund-, am zwölften Zwerchfellähmung, am dreizehnten Ptosis des rechten Augenlides ein. Der Kranke machte nur noch ganz schwache Atembewegungen, lag fast wie eine Leiche da, war aber noch bei voller Besinnung. Energische Quecksilbereinreihungen sistierten das Fortschreiten der Lähmungen. Schon nach acht Tagen war die Besserung ganz auffällig, und vier Monate nach Beginn der aszendierenden Paralyse konnte der Mann wieder mit Hilfe eines Stockes gehen. Es ist leider nicht angegeben, wieviel Quecksilbersalbe verbraucht worden ist. In einer ähnlichen, gleichfalls auffallend raschen Weise stellte sich die Besserung der Symptome auch in dem nachfolgenden Falle meiner Beobachtung ein. Bei der betreffenden Patientin stützte sich die ätiologische Diagnose lediglich darauf, daß die Frau, welche in ihrer ersten Ehe mit einem schwindsüchtigen Manne drei lebende und bei der Geburt gesunde Kinder geboren hatte, in ihrer zweiten Ehe vielfach hintereinander abortierte. Weitere Anhaltspunkte für die Diagnose Syphilis ließen sich weder aus der Anamnese, noch bei der sorgfältigen Untersuchung der Kranken eruieren. Schließlich war für uns die Diagnose ex juvantibus maßgebend. Ist eine solche Diagnose gerechtfertigt? Ist jede Krankheit, welche auf die Anwendung des Merkur reagiert, d. h. infolge einer Schmierkur sich bessert bzw. heilt, auf syphilitischer Basis entstanden? Ich halte es aber bevor ich auf weitere Erwägungen eingehe, für notwendig, die Geschichte meiner Patientin hier mitzuteilen.

## 1. Beobachtung.

Die 37 jährige Kaufmannsfrau A. R. aus A. wurde am 19. November 1903 in die medizinische Klinik in Göttingen aufgenommen. Ohne hereditäre oder individuelle Krankheitsanlage hat die jetzt in zweiter Ehe verheiratete Frau in derselben fünfmal abortiert, während sie in der ersten Ehe drei lebende und gesunde Kinder geboren hat. Vor fünf Jahren traten bei der bis dahin sonst gesunden Frau sog. rheumatische Schmerzen in den Beinen auf, welche sich seitdem immer mehr verstärkt haben. Einige Wochen vor ihrer Aufnahme traten Unsicherheit in den Beinen und Störungen seitens der Harnblase und des Mastdarms auf.

Bei der Aufnahme in die Klinik kann die wohlgenährte Frau überhaupt nur sehr mühsam gehen. Die Kranke klagt, daß die Harnblase und der Mastdarm zu Hause sich gelegentlich unwillkürlich entleert haben. Urin frei. Es besteht jetzt, abgesehen von ataktischen Symptomen, dem ganz typischen Hackengang und dem nicht charakteristisch ausgesprochenem, sondern nur andeutungsweise vorhandenen

Rombergschen Symptom eine wirkliche motorische Parese der Beine, an denen sich übrigens Atrophien der Muskulatur nicht nachweisen lassen. Die Patellarreflexe sind sehr lebhaft, rechts stärker als links. Babinski und Fußphänomen sind nicht zu erzeugen. Von Sensibilitätsstörungen lassen sich nur Schmerzen, die in den Oberschenkeln von den Hüften aus bis in die Knie hineinstrahlen sowie Parästhesien konstatieren. Die letzteren äußern sich als das Gefühl der Eiseskälte in den Füßen und Unterschenkeln. Am Rumpf und in den Armen läßt sich nichts Abnormes konstatieren. Es fehlen alle zerebralen Störungen. Die Pupillen reagieren durchaus normal. Es ließ sich sonst nichts nachweisen, was irgendwie auf eine stattgehabte syphilitische Infektion hindeutete. Trotzdem wurde eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet.

In den ersten Tagen der Behandlung, bestehend in einer Schmierkur (täglich 5,0 g Ungt. ciner. und dreimal täglich einen Eßlöffel einer Lösung von Kalium jodatum 10,0 : 200), traten öfter unwillkürliche krampfhafte Kontrakturen in der Muskulatur der Oberschenkel und der Waden auf. Bei passiven Bewegungen der Beine zeigten sich dieselben hindernde starke Muskelspannungen. Das Fußphänomen gab dabei jetzt ein positives Resultat, und zwar in der Form eines wirklichen Fußklonus. Es bestand hartnäckige Koprostase, der Urin war frei von Eiweiß und Zucker. Die Schmierkur bekam der Patientin sehr gut, und nach verhältnismäßig kurzer Zeit wurden nicht nur die Schmerzen in den Beinen, sondern auch die Zuckungen seltner. Unwillkürliche Abgänge von Harn und Stuhlgang sind hier überhaupt nicht aufgetreten. Die Kranke fing an, selbständige Gehübungen zu machen. Am 12. Dezember 1903 ist notiert, daß als die einzige Beschwerde beim Gehen nur noch die Unsicherheit im linken Bein empfunden wird, Pat. schleift dasselbe beim Gehen nach und kann sich nur sehr unsicher auf dasselbe stützen. Am 17. Dezember mußte die Kranke auf ihren Wunsch entlassen werden. Sie hatte 96,0 g grauer Salbe verrieben und 60,0 Kalium jodatum innerlich gebraucht. Sie hatte sich dann später nach zwei bis drei Monaten hier nochmals vorgestellt. Damals hatte sich die Besserung nicht nur gehalten, sondern hatte bei Fortsetzung der hier geübten Behandlung unter Leitung ihres Arztes gute Fortschritte gemacht. Es wurde ihr deshalb empfohlen, unter Kontrolle desselben die Behandlung noch weiter fortzusetzen. Dies hat sie aber nicht getan, und wie neuerdings bekannt geworden ist, ist weiterhin eine Verschlechterung aufgetreten. Der Mann der Patientin hat, angeblich auf den Rat eines Arztes, nicht gelitten, daß seine Frau die Behandlung mit den „Giften" (Quecksilber und Jod) wieder aufnehme.

Ich glaube mit meiner Ansicht, daß es sich bei dem eben berichteten Falle um eine durch syphilitische Infektion bedingte Erkrankung des Rückenmarks gehandelt habe, auf keinen Widerspruch zu stoßen.

Wunderlich hat mit Recht im Schlußpassus seiner wiederholt zitierten Arbeit darauf hingewiesen, daß unter gewissen Umständen die differentielle Diagnose zwischen Potatorium und Hysterie einerseits und den Kundgebungen der Hirn- und Spinalsyphilis Schwierigkeiten machen könne. Vom Potatorium konnte in diesem Falle in ätiologischer Beziehung nicht die Rede sein, und überdies sprach die Symptomatologie für keins von beiden. Das Krankheitsbild, welches die Patientin darbot, trug den ganz zweifellosen Charakter einer spinalen Erkrankung. Es konnte nur über die Ursache derselben diskutiert werden. Die Mannigfaltigkeit der Symptome, welche die Unterscheidung zwischen der Hysterie und der Syphilis des Zentralnervensystems so erheblich erschweren kann, war in unserem Falle durchaus nicht vorhanden. Die Ätiologie war aber schon durch die zahlreichen Aborte in der zweiten Ehe wenigstens insoweit sichergestellt, daß die Unterlassung der sofortigen Einleitung einer antisyphilitischen Behandlung als eine wirkliche Unterlassungssünde erschienen wäre, welche von den schlimmsten Folgen für den Patienten ist. Was die diagnostische Bedeutung des bei dieser Therapie auffallend rasch eingetretenen therapeutischen Erfolgs anlangt, so muß derselbe allerdings bei der verdächtigen Ätiologie, obgleich Zeichen vorangegangener syphilitischer Infektion oder syphilitische Symptome sich nicht nachweisen ließen, dafür, daß es sich tatsächlich um eine syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems gehandelt hat, schwer ins Gewicht fallen.

Man wird dieselbe als eine meningomyelitische bezeichnen dürfen, welche im unteren Teile der Medulla spinalis lokalisiert war. Leider wurde die Behandlung vorzeitig abgebrochen. Der dafür angegebene Grund ist, soweit ich es übersehen kann, durchaus nicht stichhaltig. Als einige Zeit nach der Entlassung aus der Klinik die in stetig fortschreitender Besserung befindliche Patientin sich hier wieder vorstellte, erschien sie in jeder Beziehung vollkommen in der Lage, die Quecksilber-Jodkaliumbehandlung, natürlich unter sachverständiger Kontrolle, in der seitherigen Weise weiter fortzusetzen. Dies ist nicht geschehen, und nach Lage der Sache kommt man zu dem Schlusse, daß die Verschlechterung in dem Zustande der Kranken dem vorzeitigen Abbruch bzw. der Unterlassung der Wiederaufnahme der kausalen Behandlung zur Last zu legen ist. Wie der Ehemann der Kranken angibt, der doch höchstwahrscheinlich, soweit dies auf Grund sorgsamster Eruierung der Verhältnisse herausgebracht werden konnte, das Siechtum seiner Frau verschuldet hat, hat er die Fortsetzung oder die Wiederaufnahme der Behandlung mit den „Giften“ nicht geduldet. Ein Arzt habe es ihm widerraten. Die Zahl der gebildeten Ärzte, welche die Behandlung der Syphilis mit Quecksilber und Jod verdammen, hat neuerdings wesentlich abgenommen; die Sippe, die das heutzutage noch tut, rekrutiert sich fast

ausschließlich aus Kurpfuschern und Naturheilkundigen. Fühlt man solchen Leuten auf den Zahn, so ergibt sich, daß sie nichts gelernt haben, vollständig ununterrichtet sind und lediglich eine durch Phrasen sich selbst genügende Beredsamkeit haben. Jeder erfahrene Arzt weiß nur zu gut, daß es Fälle gibt, in denen auf den Gebrauch des Quecksilbers verzichtet werden muß. Kußmaul [1]) hat darauf hingewiesen, daß Quecksilberkuren insbesondere durch Schwächung der Verdauung, erschöpfende Ausleerungen, Zerrüttung des Nervensystems und durch Erweckung der Anlage zur Tuberkulose den Körper nicht nur entkräften, sondern auch zu chronischem Siechtum führen und selbst tödlichen Ausgang veranlassen können. Der Arzt wird also in jedem einzelnen Falle sorgsam prüfen müssen, ob er im konkreten Falle entweder ganz auf die Anwendung eines Medikaments verzichten oder mit ihm nur vorsichtig versuchsweise vorgehen solle, bei dem zweifellos in den meisten Fällen die gereifte Erfahrung mehrerer Jahrhunderte uns in den Stand gesetzt hat, die Kranken durch eine zweckmäßige Leitung der Kur vor allen üblen Folgen zu bewahren. Verbietet sich aus irgendwelchem Grunde die Anwendung des Quecksilbers, so wird man auf andere Weise, durch Zittmannsches Dekokt usw., sein Ziel zu erreichen suchen und mehr oder weniger schnell gewöhnlich auch erreichen. In erster Reihe steht aber das Quecksilber. Es geht eben mit dem Merkur nicht anders als mit einer ganzen Reihe differenter Arzneimittel. Soweit wir zurzeit unterrichtet sind, dürfen wir Krankheitsprozesse, welche nicht post sondern propter hoc, d. h. durch Schmierkuren mit grauer Quecksilbersalbe zur Heilung gelangen oder mindestens eine häufig sehr rasch eintretende Besserung erfahren, als syphilitische ansehen. Mit fast dem gleichen Rechte kann man wohl bei syphilisverdächtigen Erkrankungen des Zentralnervensystems eine erfolgreiche Behandlung mit Jodkalium als Beweis dafür ansehen, daß es sich mit an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit um Syphilis handelt. Man kann, wofern keine Gefahr im Verzuge liegt, und die syphilitische Natur der Erkrankung nicht für sicher oder wahrscheinlich, sondern nur für möglich erachtet wird, zunächst die Jodbehandlung einleiten. Ein Beispiel aus meiner klinischen Praxis mag hier zum Belege angeführt werden.

## 2. Beobachtung.

Frau Luise B., Landwirtsgattin, 55 Jahre alt, aus H. wurde vom 23. Juni bis zum 26. September 1904 in der Göttinger medizinischen Klinik behandelt.

---

[1]) A. Kußmaul, Untersuchungen über den konstitutionellen Merkurialismus und sein Verhalten zur konstitutionellen Syphilis. Würzburg 1861, S. 386 ff.

Patientin ist bis auf eine Lungenentzündung, die sie als Kind überstand, gesund bis zu ihrer Verheiratung gewesen. In der Ehe überstand sie zunächst einen Abort, darauf gebar sie zwei lebende Kinder, von denen das älteste seit der Geburt elend gewesen ist und hinkt. Sieben Jahre nach der letzten, siebenundzwanzig Jahre vorher stattgehabten Geburt merkte Patientin zuerst, daß sie die Beine nicht „mitkriegen" konnte. Das Gehen wurde ihr immer schwerer, seit zehn Jahren hat sie außerdem Ziehen in den Armen und Beinen, das bis in die Fingerspitzen und Zehen ausstrahlte. Zurzeit kann sie mühsam nur einzelne Schritte machen, wird nach kurzer Zeit so müde, daß sie sich setzen muß. Eine vorhandene Schielstellung der Augen besteht seit der Kindheit. Eine geschlechtliche Ansteckung wird bestimmt in Abrede gestellt.

Befund und Verlauf: Blasse Frau, starker Strabismus divergens, Gehirnnerven ohne pathologischen Befund, Pupillen reagieren. An der Stirn sieht man mehrere unregelmäßige Narben, deren eine mit dem Knochen verwachsen ist. Über ihre Ursache konnte die Kranke keine Angaben machen. Das Sensorium war klar, indes bestand etwas Schwachsinn. Die Periostsehnenreflexe der unteren Extremitäten waren stark erhöht mit ausgesprochenem Fußklonus. Die Sensibilität war normal bis auf eine starke Hyperästhesie der Haut am ganzen Körper. Es waren keine Atrophien vorhanden. Bei Unterstützung kann die Patientin einige wenige kleine Schritte machen. Die Fußspitzen kleben dabei am Boden. Der Gang ist steif, spastisch-paretisch. Der Druck auf die großen Nervenstämme ist wenig empfindlich. Die Hyperästhesie der Haut schneidet am Halse scharf ab. Bei passiven Bewegungen treten Spasmen auf, ein selbständiges Erheben der Beine von der Unterlage ist unmöglich. Nur auf plötzliche Nadelstiche werden dieselben etwas von der Unterlage in die Höhe geschleudert, um sofort wieder herabzufallen. Die Wirbelsäule zeigt eine Kyphose im Brustteil, die nicht empfindlich ist. Die Patientin muß nachts Urin lassen; nach der aktiven Entleerung der Harnblase finden sich darin noch 250 ccm Residualharn.

Die Lungen und das Herz zeigen keinerlei krankhafte Veränderungen.

In den ersten Tagen klagt die Patientin über schießende Schmerzen in den Armen und über Schwäche in den Beinen. Unter Jodtherapie (10:200 dreimal täglich einen Eßlöffel) und Gehübungen wird das Gehvermögen besser. Im Verlauf eines Monats konnte die Patientin mit dem Stock gehen. Sie hat noch hin und wieder Schmerzen in den Unterschenkeln. Die Schmerzen verloren sich auch in den nächsten vier Wochen vollkommen. Die Spasmen in den Beinen schwanden gleichfalls bis auf eine leichte Erhöhung der Patellarreflexe, der Gang war vollkommen sicher, wenn die Patientin sich eines Stockes bediente. Bei der Aufnahme der Kranken wurde eine Erkrankung des Zentral-

nervensystems angenommen. Ein lediglich funktionelles Leiden derselben wurde ausgeschlossen. Als die bei der Patientin im wesentlichen in Betracht kommende materielle Erkrankung wurde eine Meningomyelitis chronica diagnostiziert. Nach den in der Krankengeschichte mitgeteilten, aus der Anamnese sich ergebenden Verdachtsgründen wurde es für möglich gehalten, daß es sich hier um einen syphilitischen Prozeß im Zentralnervensystem handle. Es wurde daher, um zu sehen, ob diese Vermutung richtig sei, die angegebene Behandlung mit Jodkalium eingeleitet. Der Erfolg war ein überraschender, und es wird sich wohl nichts dagegen einwenden lassen, wenn man die Diagnose einer syphilitischen Erkrankung des Zentralnervensystems nunmehr für die richtige zu halten geneigt ist. Die Patientin hatte, sehr zufrieden mit der Besserung, die ihr Zustand erfahren hatte, gar keine Lust, sich einer anderen Kur, welche in einer Schmierkur hätte bestehen müssen, zu unterziehen.

Es entsteht nun die Fage, wieviel Quecksilber dem Körper eines Syphilitischen unter solchen Umständen ohne Nachteil einverleibt werden darf und wann mit dem Gebrauch abgebrochen werden muß, wenn der Patient nicht geschädigt werden soll. Es tritt dann die weitere Frage auf, ob und welche Anhaltspunkte wir dafür haben, daß die Schmierkur die richtige sei, bzw. ob das Leiden, weswegen wir die Kur unternehmen, wirklich auf Syphilis zurückzuführen sei? Ich glaube nicht, daß sich alle diese Fragen in genereller Weise mit irgendwelcher Zuverlässigkeit heut beantworten lassen. Im allgemeinen hat mich meine Erfahrung gelehrt, daß bei den Affektionen des Zentralnervensystems viel zu wenig an die Syphilis als ätiologisches Moment für die so sehr verschiedenen Typen solcher Erkrankungen gedacht wird, und daß man diese Kuren viel zu wenig ausnutzt. In dieser Beziehung ist, wie ich glaube, die nachfolgende Beobachtung aus meiner Praxis von einer gewiß nicht zu unterschätzenden Bedeutung. Sie bestätigt alte Wahrheiten, die aber immerhin gelegentlich wiederholt werden dürfen.

### 3. Beobachtung.

Herr Major a. D. v. T., 53 Jahre alt, Rittergutsbesitzer in T., konsultierte mich zum erstenmal am 3. März 1892.

Der Patient hat sich im Jahre 1859, damals 20 Jahre alt, syphilitisch infiziert und hat außerdem in diesem Jahre bis zum Jahre 1866 mehrere Male Tripper überstanden. In dem Jahre 1865 überstand der Patient eine von ihm als „Kopfgenickkrampf“ bezeichnete Krankheit, als deren Hauptsymptome er Druckempfindlichkeit der obersten Rückenwirbel, Schwindel, Neigung zum Hinstürzen nach links angibt. Der Kranke hat danach eine Kur in Franzensbad gebraucht und in Borkum

20*

vorsichtig gebadet. Im folgenden Jahre (1866) überstand der Patient ein „schweres Fieber“. Nach demselben stellte sich „undeutliches Sehen“ ein, „die Sehachse des rechten Auges konnte nicht mit der des linken zusammengebracht werden“. Patient suchte auch deswegen im Herbst 1866 das Nordseebad Borkum auf. Nach dieser Zeit bis zum Jahre 1880 bezeichnet der Kranke seinen Zustand als kerngesund. Er machte den Feldzug 1870/71 mit und überstand denselben trotz der größten Strapazen und Entbehrungen außerordentlich gut. Auch nach dem Kriege bekamen ihm die Anstrengungen der Jagd bis zum Jahre 1880 vortrefflich. Indes, obgleich von dem Patienten sein Befinden als ein durchaus tadelloses bezeichnet wurde, stellten sich doch einige Zwischenfälle in dieser Zeit ein. So traten im Jahre 1871 kleine „Wucherungen“ auf der behaarten Kopfhaut auf, welche der Patient als die Folgen des Gebrauchs einer Stahlkopfbürste ansah, der behandelnde Arzt aber als eine sekundär syphilitische Affektion bezeichnete. Später stellte sich auch „Wundsein zwischen den Zehen“ ein. Der Patient brauchte zunächst wegen der „Wucherungen auf der Kopfhaut“ einige Zeit Quecksilber und dann „Jodpillen“, beim Auftreten der Zehenaffektion wurden letztere nochmals verordnet. Im Jahre 1880 machten sich zum ersten Male Blasenstörungen bemerkbar, welche darin bestanden, daß der Kranke die Blase nicht gehörig entleeren konnte. Er suchte deshalb Wildungen auf und trank daselbst den dortigen Brunnen. Die Beschwerden seitens der Blase verloren sich wieder, und im Jahr 1881 fühlte sich der Kranke von allen Blasenbeschwerden frei, brauchte aber der Sicherheit wegen nochmals die Wildunger Kur.

Vom Jahre 1881 bis 1889 bestand vollkommenes subjektives Wohlbefinden. Im Jahre 1885 besuchte Patient zum Vergnügen das Seebad Sylt. Im Dezember 1889 wurde er von schwerer Influenza heimgesucht, seitdem stellten sich zeitweise Schmerzen in den Beinen ein, eine Anschwellung der Nase trat auf, es entwickelten sich Papeln an der Oberlippe und abgesehen von den in sehr unangenehmer Weise wieder auftretenden angeblich verschwunden gewesenen Schwierigkeiten bei der Entleerung der Harnblase entstanden schmerzhafte Darmstörungen, welch letztere er als „morgendlichen Afterkrampf“ bezeichnete. In den beiden folgenden Jahren verschärften sich die Symptome seitens der Blase und des Mastdarmes. Der Urin selbst soll dabei keine krankhaften Veränderungen gezeigt haben. Später machte sich auch etwas taubes Gefühl an den Fußsohlen bemerklich. Pat. konnte aber, wie der Arzt konstatierte, leicht auf einen Stuhl steigen und mit geschlossenen Augen ohne die geringsten Beschwerden durch das Zimmer gehen. Die Influenza, welche sich inzwischen einige Male wiederholt hatte, trat Weihnachten 1891 in besonders heftiger Weise auf. Es soll dabei kein Fieber bestanden haben, dagegen sollen „wahn-

sinnige" Gliederschmerzen vorhanden gewesen sein. Blasen- und Mastdarmsymptome erschienen wieder in quälender Weise. Auch die Erscheinungen seitens der Nase machten sich stärker bemerkbar, besonders wurde über Verstopfung derselben geklagt. Die Nasensymptome waren es in der ersten Reihe, welche den Kranken am 3. März 1892 zu mir führten.

Bei der Untersuchung zeigte die Nasenschleimhaut beiderseits, besonders links, eine starke Schwellung, aber nirgends eine Geschwürsbildung, auch keinen Foetor. Der Rachen und der Kehlkopf boten keine Abnormität. Äußerlich sah man die Umgebung der Nase und der Oberlippe gerötet und geschwollen. Der Urin war normal. Der Patient gab an, zwei gesunde Kinder im Alter von 20 und 18 Jahren zu haben. Zu einer antisyphilitischen Kur wollte sich der Kranke nicht verstehen. Die eingeleitete örtliche Behandlung hatte, wie ich mich bei einer zweiten Konsultation am 9. Mai 1892 überzeugen konnte, eine Besserung, aber keine Heilung der Nasenaffektion herbeigeführt. Der Patient, welcher sich trotz meiner dringenden Mahnung zu einer energischen antisyphilitischen Behandlung auch jetzt nicht entschließen konnte, suchte mich erst nach reichlich vier Jahren — am 17. August 1896 — wieder auf. Er berichtete, daß er im Sommer 1892 sechs Wochen lang Jodkalium und in Gastein eine Badekur gebraucht habe. Als sich aber im Jahre 1895 ein starker Schwindel, sehr erhebliche Störungen des Ganges, eine Verstärkung des undeutlichen Sehens sowie Stuhl- und Urinverhaltung einstellten, entschloß sich der Patient eine energischere Kur zu gebrauchen. Er unterzog sich in einem Sanatorium einer sich über 50 Tage erstreckenden Schmierkur (310 g Ungt. einer.), außerdem wurde „elektrisiert und der Magen massiert", und endlich wurden warme Bäder angewendet, Jodkalium gebraucht und eine „Selbstmassage" der Beine von ihm geübt. Infolge der Kur stellte sich eine bis zum Juli 1896 anhaltende erhebliche Besserung ein, welche also nur von kurzer Dauer war. In dieser Zeit entwickelte sich ein pustulöses Exanthem mit starker Schmerzhaftigkeit der Haut. Es stellten sich wiederum Blasenbeschwerden ein und Gehstörungen traten auf. Die ersteren äußerten sich in dem Unvermögen, den Harn in normaler Weise zu entleeren, der Patient mußte bisweilen stundenlang auf dem Klosett zubringen. Außerdem bestand hartnäckige Stuhlverstopfung und Hämorrhoidalknoten quälten ihn. Endlich wurde er von Hexenschuß, starken Schmerzen in der Lendenmuskulatur, geplagt. Störungen der geschlechtlichen Potenz sind im Verlauf der Krankheit niemals aufgetreten.

Ich hatte sehr wenig Neigung, die Behandlung des Kranken zu übernehmen, nachdem alle Ratschläge, welche ich ihm schon vor Jahren gegeben hatte, vollständig unbeachtet geblieben waren. Da er indes versprach, sich jetzt zu fügen, und seine Lage eine sehr bemitleidens-

werte war, gab ich den Bitten des Kranken nach. Er wurde am 17. August in meine Privatklinik aufgenommen, in welcher er ununterbrochen bis zum 19. Dezember 1896, also rund vier Monate lang, behandelt wurde. Der Befund war folgender:

Der Patient hat ein Körpergewicht von 153 Pfund, die Radialarterien sind rigide, geschlängelt. Keine Vergrößerung des Herzvolumens, systolisches Geräusch, das im fünften Interkostalraum links neben dem Sternum am lautesten gehört wird. Keine Verstärkung des zweiten Tons. Atmungsorgane ohne nachweisbare krankhafte Veränderung. Leib weich. Eine Reihe stark mit Kot gefüllter Darmschlingen ist fühlbar.

Der Kranke klagt besonders über Urinverhaltung, mechanische Hindernisse in der Harnröhre bestehen nicht. Die durchschnittliche Dauer einer überhaupt nur im Sitzen möglichen Harnentleerung beträgt ein bis zwei Stunden. Die Beschwerden sind in der Nacht stärker, während derselben muß zwei- bis dreimal der Harn entleert werden. Derselbe ist gelb, klar, sauer, spez. Gew. 1009, er ist frei von Eiweiß und Zucker. Es besteht Stuhlverstopfung. Außerdem sind fast beständig krampfhafte Schmerzen in der Blasen- und Mastdarmgegend vorhanden. Außer Parästhesien (taubem Gefühl in den Fußsohlen) bestehen keine subjektiv oder objektiv nachweisbaren Störungen der Hautsensibilität, von motorischen Krankheitssymptomen sind Ataxie mäßigen Grades, Hackengang vorhanden, Rombergsches Phänomen fehlt. Patient ermüdet leicht. Patellarreflexe nicht zu erzeugen. Träge Pupillenreaktion. Die Untersuchung der Augen (Geheimrat Schmidt-Rimpler) ergab: links $^3/_4$, rechts $^1/_6$ Sehschärfe (r. kongenitale Amblyopie). Gesichtsfeld frei. Ophthalmoskopisch nichts Krankhaftes. Beiderseits Parese der Recti externi. — Die Verordnung bestand in täglichen Inunktionen von 5,0 Ungt. hydrargyr. einer., Natri. jodat. 10,0:200, dreimal täglich einen Eßlöffel. Regelung des Stuhlgangs erfolgt durch kleine Ölklismen (100,0 g), größere Mengen konnten nicht gehalten werden.

Der Patient hat während seines Aufenthalts in der Privatklinik 600 g Ungt. einer., also inkl. der im vorhergehenden Jahre in dem erwähnten Sanatorium verriebenen 310 g in Summa 910 g graue Quecksilbersalbe verbraucht. Der Kranke hat die Kur vortrefflich ohne jede Störung vertragen. Nur ist das Körpergewicht um zehn Pfund heruntergegangen, ohne daß aber irgendwelche Kräfteabnahme sich dabei bemerkbar machte. Der Patient hat sich während der ganzen Kur stets außer Bett gehalten und täglich, anfangs kürzere, später längere Spaziergänge gemacht. Ohne hier auf alle Einzelheiten betreffs der im Verlauf der Behandlung sich stetig bemerkbar machenden Fortschritte einzugehen, sei über das Endergebnis nur folgendes mitgeteilt. Der Kranke konnte nicht nur Walzer und Galopp tanzen, sondern auch auf einem Beine stehend hüpfen, auf einen Stuhl steigen und herabsteigen, ohne

sich anzuhalten, als alter Soldat stramm militärisch Kehrt machen; schließlich, als die zuletzt auftretende Besserung, verlor sich auch der Hackengang. Die Blasenstörungen haben sich viel später als die Gehstörungen gebessert, die Blase ist aber immer noch launisch. An vielen Tagen wird er mit dem Urinlassen schnell und gut fertig; am längsten dauert das Urinieren in der Nacht. Der Kranke beendet die Blasenentleerung gelegentlich in sieben bis zehn Minuten. Er muß innerhalb 24 Stunden in der Regel sieben- bis zehnmal urinieren. Erst nach der Besserung der Blasenfunktion ist auch eine solche des Sehvermögens eingetreten, die aber, als sie erst begonnen, stetig Fortschritte gemacht hat. Die Abschwellnng der Nase und deren Umgebung sowie der Schleimhaut der Nase habe erhebliche Fortschritte gemacht.

Am 29. April 1897 schrieb mir die Frau des Kranken, daß es ihrem Gatten nach dem Verlassen der Privatklinik zunächst verhältnismäßig recht gut ergangen sei, indes seien im Anfang Februar 1897 Erscheinnngen aufgetreten, welche von dem Hausarzte als von einer Influenza herrührend, an der in dieser Zeit sehr viele Menschen in dem Wohnort des Kranken litten, aufgefaßt seien. Am 1. Mai 1897 stellte sich der Patient mir wieder vor. Die Besserung der Blasensymptome, welche den Patienten während der Influenza, besonders infolge von Schmerzen nach der Urinentleerung, sehr behelligten, kann jetzt eine befriedigend fortschreitende genannt werden. Auch die Darmfunktion war viel besser geworden. Insbesondere funktionierten die Beine sehr gut. Die Heilung der Nase ist indes noch immer keine vollständige. Am 10. Oktober 1897 teilte mir die Gattin des Patienten mündlich mit, daß es ihrem Manne gut gehe, er gehe täglich drei- bis viermal je eine Stunde spazieren, auch das nächtliche Urinieren habe in jeder Beziehung eine erhebliche Besserung erfahren. Am 24. Juli 1899 schrieb mir der Kranke, daß er betreffs des Gehens glaube, sich als ziemlich hergestellt ansehen zu dürfen. „Wenn ich", schreibt er, „auch lange nicht dasselbe leisten kann wie vor der Krankheit, so könnte ich doch ein ganz erträgliches Leben führen, wenn die Blase nicht wäre." Tatsächlich konnte der Kranke, der sich mir drei Tage später selbst wieder vorstellte, gehen und stehen wie ein gesunder Mensch. Auch die Blasensymptome waren außerordentlich, wenn auch nicht ganz gleichmäßig besser geworden. In der Nacht mußte Patient häufiger und schwieriger als am Tage den Urin entleeren. Tagsüber urinierte er alle drei bis vier Stunden, was ca. zwei Minnten Zeit erforderte, in der Nacht, wo die Entleerung gewöhnlich länger dauerte, alle zweieinhalb bis drei Stunden. Die Pupillen reagierten gut und alle übrigen Krankheitssymptome, Schwindel, Sehstörungen waren rückgängig geworden. Die geschlechtliche Potenz war erhalten. Der Urin war frei von Eiweiß und Zucker und das spärliche Sediment enthielt, abgesehen von einigen

Plattenepithelien, wenige Rundzellen und Schleimfäden. Ich habe den Patienten seitdem nicht wiedergesehen, aber von glaubwürdigen Personen, welche mit ihm in demselben Dorfe wohnen, in dem er sein Gut hat, gehört, daß er, jetzt 67 jährig, noch lebt und daß es ihm ganz gut gehe.

Die vorstehend mitgeteilte Beobachtung gehört zu den Fällen von Erkrankungen des Zentralnervensystems, in welchen sich eine solche infolge einer syphilitischen Infektion entwickelt hat. Der Kranke hat mir zwar immer wieder gesagt, daß die Ansteckung — was übrigens bekanntlich schwere Beteiligung des Zentralnervensystems keineswegs ausschließt — eine geringfügige war. Jedenfalls ist nicht nur die Diagnose von erfahrener ärztlicher Seite gemacht, sondern auch die entsprechende Behandlung ist von vornherein bei dem Patienten eingeleitet worden. Die Symptome seitens des Zentralnervensystems dürften in diesem Falle sich bereits sieben Jahre nach der Infektion bemerkbar gemacht haben. Es scheint mir nämlich keine gewagte Hypothese zu sein, wenn man das Auftreten von Schwindel, das undeutliche Sehen, die Neigung nach der linken Seite zu fallen: Symptome, gegen welche der Patient verschiedene Badekuren gebrauchte, als abhängig von materiellen Veränderungen des Zentralnervensystems deutet. Es wäre meines Erachtens dringend notwendig gewesen, damals bereits, insbesondere, um weiteres Unheil zu verhüten, den Kranken einer erneuten antisyphilitischen Behandlung zu unterziehen. Freilich verschwanden ohne jede spezifische Behandlung, wie das übrigens bei der Syphilis von einer Reihe ihrer Symptome bekannt ist, die eben erwähnten Symptome von selbst, während er andere syphilitische Lokalisationen, die ihn nicht grob belästigten, entweder nicht beachtete oder, wie ein syphilitisches Exanthem auf der Haut des behaarten Kopfes, lediglich auf äußere Ursachen, in diesem Falle auf eine Kopfbürste mit stählernen Borsten zurückführte. Wie jeder mechanische Reiz mag auch dieser zum Ausbruch eines syphilitischen Prozesses an der gereizten Stelle disponiert haben. Ich halte diese Tatsachen gegenüber der landläufigen Annahme, daß sehr häufig die Syphilis des Zentralnervensystems sich manifestiere, ohne daß der Infektion die typischen syphilitischen Krankheitserscheinungen auf der Haut, im Halse usw. vorausgegangen sind, für wichtig. Ich erinnere mich einer Reihe solcher Fälle, bei denen man nur mühsam und allmählich in Erfahrung bringen konnte, daß zwischen dem Primäraffekt und dem Auftreten der Syphilis des Zentralnervensystems mancherlei syphilitische Manifestationen aufgetreten sind, von denen die Kranken zunächst nichts zu wissen schienen oder nichts wissen wollten. Es handelt sich dabei, wenigstens nach meinen Erfahrungen, meist um Menschen, die verheiratet waren und welche solche Reminiszenzen peinlich vermieden. Freilich ist zuzugeben, daß man in einem größeren Bruchteil der Fälle die Symptome seitens des Zentralnervensystems nach der

venerischen Infektion unvermittelt, ohne daß andere, sog. sekundäre oder tertiäre Symptome zu ermitteln waren, oft erst nach Jahrzehnten auftreten sieht. Bekanntlich hat E. Hitzig[1]), um solche Fälle zu erklären, die Hypothese aufgestellt, daß in dem syphilitischen Primäraffekt, aber auch im Schankergeschwür besondere Gifte vorhanden sein können, aber nicht brauchen, welche infolge einer durch sie bewirkten eigenartigen krankhaften Veränderung der Blutmischung nach Jahren und Jahrzehnten zu degenerativen Veränderungen des Nervensystems Veranlassung geben. In unserem Falle ist eine solche Hypothese zur Erklärung der Pathogenese der Affektion des Zentralnervensystems nicht notwendig. Sie ist lediglich ein Glied in der Kette der mannigfachen, unseren Patienten heimsuchenden syphilitischen Manifestationen, die freilich keine ganz typische Reihenfolge eingehalten zu haben scheinen. Es entsteht die Frage, ob die mehrfachen Influenzaerkrankungen, die unser Kranker überstanden hat, irgendeinen prädisponierenden Einfluß auf die Gestaltung der Erkrankung des Nervensystems gehabt haben. Es ist genügend bekannt, daß diese Seuche eine große Neigung hat, das Zentralnervensystem zu schädigen, und es ist a priori zuzugeben, daß darin in unserem Falle eine Hilfsursache, ein auslösendes Moment der schweren Störungen des Nervensystems gesucht werden dürfte. In dieser Beziehung ist aber zu bemerken, daß die nervösen Symptome bereits lange vor der ersten Erkrankung an der Influenza im Jahre 1889 sich bemerkbar gemacht haben. Auf der anderen Seite scheinen indes die Influenzaattacken einen verschlechternden Einfluß auf den nervösen Symptomenkomplex ausgeübt zu haben. Der Natur der Sache nach mußte bei der Behandlung in allererster Reihe mit der Syphilis als ätiologischem Moment gerechnet werden. Der Patient hat, nur unterbrochen durch eine Kur in Gastein, abgesehen von Jodkalium in den oben angegebenen Dosen, in Summa 910 g Ungt. hydrarg. ciner. verrieben. Er hat die Behandlung außerordentlich gut vertragen. Die geringe Einbuße an Körpergewicht, welche er dabei erfuhr, hat sich sehr bald nach Schluß der Kur wieder ersetzt. Die motorischen Störungen wichen am raschesten. Die Blasensymptome, welche den Patienten am meisten quälten, waren zugleich die hartnäckigsten. Dieselben völlig zu beseitigen ist zwar nicht gelungen, indes ist auch darin, obgleich diese Symptome bereits sechzehn Jahre vorher eingesetzt hatten, doch eine sehr wesentliche Besserung erzielt worden. Andernfalls hätte der Kranke, welcher keineswegs zu den geduldigen Patienten gehörte, dieselbe längst abgebrochen. Diese Beobachtung lehrt, daß man die Inunktionskur recht lange und ausgiebig fortsetzen kann und daß den Patienten in solchen Fällen ein wesentlicher und reeller Nutzen daraus erwächst.

[1]) E. Hitzig, Über traumatische Tabes und die Pathogenese der Tabes im allgemeinen. Berlin 1894, S. 44.

IV.

# Die Differentialdiagnose der nervösen Herzstörungen.

Von Prof. **D. Gerhardt** in Jena.

Reichlich die Hälfte der Kranken, welche wegen Herzbeschwerden die ärztliche Sprechstunde aufsuchen, leiden nicht an eigentlichen Herzkrankheiten, sondern an nervösen Störungen des Herzens. Die Unterscheidung dieser Zustände von wahren Krankheiten des Herzens und der Gefäße ist manchmal recht leicht, andre Male eine der schwersten diagnostischen Aufgaben, und in nicht ganz seltenen Fällen wird nur im Verlauf von wochen- oder monatelanger Beobachtung eine einigermaßen sichere Beurteilung möglich.

Da die Therapie nun doch häufig wesentlich andere Bahnen einzuschlagen hat, je nachdem ein Herz- oder ein Nervenleiden anzunehmen ist, so hat die Praxis großes Interesse daran, daß die Differentialdiagnostik beider Zustände möglichst ausgearbeitet wird. Die älteren Lehrbücher der Herzkrankheiten beschränken sich fast ganz auf die Angabe, man werde eine Herzneurose dann diagnostizieren, wenn einerseits kein Zeichen einer eigentlichen Krankheit des Herzens besteht, und wenn andererseits allerhand anderweitige nervöse Symptome das Bestehen eines nervösen Zustandes wahrscheinlich machen. Die Versuche, mittels genauerer Analyse der Symptome, mittels zählender und messender Methoden mehr Klarheit zu gewinnen, sind neueren Datums. Sie haben noch nicht zu lauter einwandfreien, allgemein anerkannten Ergebnissen geführt, aber einige Anhaltspunkte haben sich doch bereits gewinnen lassen, und es steht zu hoffen, daß die nächste Zeit hier noch weitere Fortschritte bringen wird.

In den folgenden Zeilen soll der Versuch gemacht werden, die wesentlichen der für diese differentialdiagnostischen Fragen in Betracht kommenden Punkte kritisch zusammenzustellen.

Oft liefern schon die K l a g e n d e r P a t i e n t e n Hinweise auf die Natur der zugrunde liegenden Störung. Die Beschwerden, welche den Herzkranken zum Arzt führen, sind zwar auch oft genug Herzklopfen,

Schmerz, Druck in der Herzgegend, häufiger ist es aber Atemnot, die im Anschluß an stärkere Körperanstrengnng, seltener spontan nach Art des Asthma cardiale anftritt. andere Male Staunngskatarrhe, abdominale Beschwerden oder in vorgeschrittenen Fällen, das Anftreten von Ödemen.

Demgegenüber beziehen sich die Klagen der mit nervösen Herzstörungen behafteten Patienten ganz vorwiegend auf abnorme Empfindnngen in der Herzgegend, Herzklopfen, Herzschmerz, Gefühl von Druck und Völle in der Herzgegend, Gefühl, daß der Puls aussetze. In der Regel hängen diese Empfindnngen viel mehr von dem Znstand der Psyche als von körperlicher Anstrengung ab, sie schließen sich besonders hänfig an Aufregungen, Schreck, Sorge, nicht selten auch an allerhand Exzesse, an Einwirknng ungewohnter Mengen von Alkohol, Kaffee, Tabak an. Hänfig erhält man die bestimmte Angabe, daß körperliche Anstrengung, namentlich Bewegung in freier Luft, die Beschwerden nicht steigern, und nicht selten wird beigefügt, daß sie nach ausgiebiger Bewegung im Freien wesentlich geringer werden oder ganz zurücktreten.

Je genauer man die Anamnese erhebt, um so mehr wird man sie nach der einen oder anderen Richtung verwerten können. Freilich bleiben noch Fälle genug unklar, sei es, daß keine charakteristischen Beschwerden bestehen, sei es, daß einzelne Züge mit den andern nicht recht in Einklang zu bringen sind. Am unsichersten scheint die Angabe von Steigernng der Beschwerden nach Exzessen, nach Alkohol, nach Tabak; dies kommt bei Herzneurosen und bei eigentlichen Herzleiden fast gleich hänfig vor.

In der Regel wird gelehrt, man solle eine Herzneurose nur dann diagnostizieren, wenn die Untersuchung der Kreislauforgane normale Verhältnisse ergibt. Daß dann immer noch Vorsicht vonnöten ist, aus dem einfachen Grunde, weil manche Herzkrankheiten für unsere Untersuchungsmethoden nicht nachweisbar sind, wird von allen zugegeben. Die Schwierigkeiten für die Praxis liegen aber nicht nur darin, daß bisweilen ein Herzleiden besteht ohne jede perkussorische, auskultatorische oder palpatorische Anomalie, sondern anch darin, daß die Frage, was von den physikalischen Zeichen am Herzen als normal, was als pathologisch anzusehen sei, gar nicht leicht zu beantworten ist.

Die Momente, welche hier besonders in Frage kommen, sind die Lage des Spitzenstoßes, die Herzdämpfung, der Charakter der Herztöne, Herzgeräusche, Qualität des Pulses, Freqnenz und Rhythmus der Schlagfolge.

Daß die Lage und Intensität des Spitzenstoßes sowie die Größe der Herzdämpfung fast noch mehr von der Ausdehnung der Lungen als von der Größe des Herzens abhängen, ist bekannt. Sowohl bei

Lungenemphysem als bei Retraktion der Lunge, etwa einer alten, unter Schrumpfung geheilten Pleuritis oder Spitzentuberkulose, namentlich aber beim Bestehen einer auch scheinbar geringfügigen Skoliose ist die Beurteilung dieser Dinge deshalb sehr erschwert.

Eine eigentümliche Stellung nimmt zumal die Vergrößerung der Herzdämpfung und Verbreiterung des Spitzenstoßes ein, welcher man bei jungen Leuten in und nach der Pubertätszeit gar nicht selten begegnet. Ob man es hier mit einer pathologischen Wachstumshypertrophie, ob mit mehr physiologischen, wesentlich durch die Wachstumsverhältnisse des Thorax bedingten Erscheinung zu tun hat, ist noch nicht entschieden.[1])

Die Intensität der Herztöne wird ebenfalls ganz wesentlich bedingt durch die Ausdehnung der Lungen. Man wird deshalb immer nur unter Berücksichtigung der Größe der Dämpfung die Stärke der Töne richtig beurteilen können. Daß sich im Kindes- und Jünglingsalter sehr häufig eine Verstärkung des zweiten Pulmonaltons findet, ohne daß irgendeine Herzstörung vorliegt, hat unlängst Lüthje hervorgehoben.

Schwierigkeiten entstehen auch bisweilen, wenn nach dem zweiten noch ein dritter Herzton hörbar ist. Das ist der Fall unter zweierlei pathologischen Bedingungen, beim Galopprhythmus und bei der Mitralstenose („Wachtelschlagrhythmus"). Eine ganz ähnliche Schallerscheinung kommt aber auch manchmal aus noch unbekannten Gründen bei Herzgesunden vor, und zwar vorwiegend bei jungen Leuten von der Pubertätszeit bis gegen das 20. Jahr hin, ferner bei nervös erregter Herztätigkeit. Das Fühlbarwerden einer diastolischen Erhebung in der Herzgegend am Ende der Wiederausdehnung des Herzens, kurz nach dem zweiten Ton, worauf u. a. Romberg hinweist, entspricht offenbar derselben eigentümlichen Art der diastolischen Herzerweiterung. Auch darin, daß statt des dritten Tones manchmal nur diese diastolische Erschütterung wahrnehmbar ist, gleicht diese bei Nervösen vorkommende Erscheinung dem Galopprhythmus.

Die Differentialdiagnose, ob dieser dritte Ton durch Mitralstenose bedingt, oder ohne Bedeutung sei, ist oft dadurch erschwert, daß auch im letzteren Falle häufig Verstärkung des zweiten Pulmonaltons und systolische Geräusche den Verdacht des Mitralfehlers erwecken. Hier wird von den physikalischen Methoden höchstens das Fehlen einer rechtsseitigen Herzdämpfung und das Fehlen von Lebervergrößerung, im Röntgenbild noch das Fehlen der Vergrößerung des linken Vorhofs gegen das Bestehen eines Klappenfehlers sprechen.

Am meisten Schwierigkeiten machen in praxi jedenfalls die Geräusche am Herzen, und es ist deshalb wohl gerechtfertigt, auf sie etwas genauer einzugehen.

Daß außer den eigentlichen durch Klappenveränderung bedingten Geräuschen am Herzen noch andere Geräusche vorkommen können, ist bekannt seit den ersten Zeiten der Herzauskultation. Die Erklärung dieser akzidentellen Geräusche ist verschieden. Daß ein Teil von ihnen auf muskulärer, funktioneller Insuffizienz der Mitralklappen beruht, ist mindestens wahrscheinlich; ob und wie häufig außerdem

[1]) Vgl. Krehl, Herzmuskelerkrankungen im Nothnagelschen Handbuch.

noch Anlaß zu Geräuschbildung gegeben wird, ist strittig; es kommen hauptsächlich die etwas schwer zu verstehende Reibung zwischen Blut und Ventrikelwand, Kompression einzelner Herzabschnitte, Herz-Lungengeräusche, vielleicht Dünnflüssigkeit des Bluts in Frage.

Diejenigen Autoren, welche alle Geräusche durch organische oder muskuläre Insuffizienz erklären wollen, müßten folgerichtig überall dort, wo überhaupt ein Geräusch gehört wird, eine wirkliche Herzkrankheit diagnostizieren; denn eine muskuläre Insuffizienz kann ohne ernstere Schädigung des Herzmuskels nicht wohl zustande kommen.

Die Anwesenheit sicherer diastolischer Geräusche ist (falls es sich nicht etwa um fortgeleitete Venengeräusche handelt) ein so gut wie immer beweisendes Zeichen für Klappenfehler oder Perikarditis. Systolische Geräusche haben verschiedene Bedeutung je nach ihrem punctum maximum. Ein systolisches Geräusch über dem Aortenursprung, im zweiten rechten Interkostalraum, das sich deutlich längs des rechten Sternalrandes nach aufwärts fortpflanzt und dessen Beginn ein kurzes Zeitteilchen (Auspannungszeit) nach dem ersten Ton fällt, deutet mit recht großer Wahrscheinlichkeit auf Verengerung des Aortenostiums (ohne freilich über den Grad dieser Verengerung etwas zu besagen), selten auf eine die Aorta ascendens komprimierende Mediastinalgeschwulst. Geräusche an der Herzspitze sind wohl am häufigsten durch Mitralinsuffizienz bedingt, kommen allerdings auch, aus noch nicht näher erkannter Ursache, bei Nephritis, Emphysem, l. Herzhypertrophie und selten bei anscheinend normalem Herzen vor, wenn es sich um Kompression (etwa durch Zwerchfellhochstand) oder Herz-Lungengeräusch handelt; jedenfalls legen sie die Vermutung eines organischen Herzleidens immer nahe.

Anders jene systolischen Geräusche, die ihr punctum maximum im zweiten linken Interkostalraum haben. Wenn man auch in manchem Fall das Geräusch der Mitralinsuffizienz an dieser Stelle am deutlichsten wahrnimmt, und wenn auch natürlich einige andere anatomische Veränderungen am Herzen den Anlaß zur Entstehung eines Geräusches an dieser Stelle geben können (Pulmonalstenose, persistenter ductus Botalli, Thrombose des linken Vorhofs), so handelt es sich doch in der Mehrzahl der Fälle um ein „akzidentelles“, d. h. nicht durch einen Klappenfehler bedingtes Geräusch. Wie bekannt, hört man akzidentelle Geräusche im zweiten linken Interkostalraum häufig bei Fieber, auch oft bei Anämie, bei Tuberkulose. Besonders häufig begegnet man ihnen bei Kindern in und nach der Pubertätszeit. Lüthje [1]) hat kürzlich auf die große Häufigkeit dieser Geräusche bei Schulkindern hingewiesen. Er fand sie bei 85% aller untersuchten Kinder, am häufigsten im 14. und 15. Jahr. Ich kann auf Grund der Untersuchung der jugendlichen Arbeiter und Lehrlinge des Zeißwerks ganz ähnliche Angaben machen. Unter 134 jungen

[1]) Lüthje, Med. Klinik. 1906.

Leuten im Alter von 14—18 Jahren fand ich das Geräusch hundertmal, d. i. in 75% der Fälle; keiner von den jungen Leuten hatte irgendwelche Herzbeschwerden; bei der Mehrzahl war das Untersuchungsergebnis schon bei früherer Untersuchung festgestellt worden. Wie Lüthje beobachtete ich, daß das Geräusch bei vielen der jungen Leute erst nach Körperarbeit auftrat, bei anderen, wo es sonst fehlte, durch mäßigen Druck mit dem Stethoskop hervorzurufen war.

Es handelt sich augenscheinlich um eine in diesem Alter recht häufige passagere Erscheinung. Lüthjes Ausführungen, wonach das Geräusch auf eine Kompression des Stammes der Pulmonalarterie zu beziehen ist, scheinen mir sehr ansprechend. Auch darin, daß mit diesem systolischen Pulmonalgeräusch sehr häufig eine Verstärkung des zweiten Pulmonaltons zu hören ist, stimme ich Lüthje durchaus bei; es erklärt sich das wohl einfach daraus, daß die Lunge durch das breitere Anliegen der Pulmonalarterie an der vorderen Brustwand etwas zurückgedrängt und deshalb der zweite Ton auf der linken Seite des Brustbeines leichter hörbar ist als auf der rechten.

Diese, stark an die Verhältnisse bei der Mitralinsuffizienz erinnernden Schallerscheinungen an der Herzbasis finden sich also bei heranwachsenden Leuten sehr häufig; im dritten Dezennium sind sie seltener, aber man begegnet ihnen auch hier noch, und zwar um so häufiger, je mehr der juvenile Habitus bewahrt blieb und je weniger gewölbt der Thorax ist. Beim weiblichen Geschlecht sind sie viel häufiger als beim männlichen. Ihre Entstehung wird auffallend begünstigt durch aufgeregte Herztätigkeit. Fast mit Regelmäßigkeit trifft man sie dementsprechend bei Basedowkranken, und beinahe ebenso häufig bei jugendlichen Leuten mit parenchymatöser Struma, zumal bei dem ausgesprochenen „Kropfherzen".

Das hier in Rede stehende systolische Pulmonalgeräusch ist im Liegen viel deutlicher zu hören als im Stehen, häufig fehlt es ganz, solang die Leute sich aufrecht halten und wird erst deutlich, wenn sie sich hinlegen, ein Verhalten, welches das systolische Geräusch der Mitralinsuffizienz mindestens sehr viel seltener zeigt (Mitralstenosengeräusche sind allerdings öfter im Liegen deutlicher).

Aus dem Gesagten ergibt sich, daß ein systolisches Pulmonalgeräusch nur mit großer Reserve zu beurteilen ist, und in solchen Fällen, wo die Entscheidung zwischen organischer und funktioneller Herzstörung zu treffen ist, eher für die letztere spricht, selbst wenn es mit Verstärkung des zweiten Pulmonaltons verbunden ist. Denn die erwähnten Kategorien, die Leute im Adoleszentenalter, die Frauen in den zwanziger und dreißiger Jahren, zumal die mit Kropf behafteten, bilden ja gerade einen großen Teil der Patienten mit nervösem Herzklopfen.

Handelte es sich bei den bisher besprochenen Punkten darum, so-

weit als möglich die pathologischen von den normalen Symptomen zu sondern, um die Diagnose der nervösen Herzstörung per exclusionem zu ermöglichen, so sind nun jene in der Praxis des Internen wie des Neurologen so häufigen Fälle zu besprechen, wo die Frage nicht die ist, ob die Erscheinungen an Herz und Gefäßen noch in den Bereich des Normalen fallen oder nicht, sondern, ob gewisse Abweichungen von der Norm, die an sich meist leicht festzustellen sind, als Zeichen einer Herzkrankheit oder einer nervösen Störung aufzufassen seien.

Es handelt sich dabei hauptsächlich um Verstärkung des Spitzenstoßes, Vermehrung der Pulsfrequenz, Unregelmäßigkeit der Schlagfolge, Steigerung des Blutdruckes. Haben diese Veränderungen irgend etwas Charakteristisches an sich, je nachdem sie durch die eine oder die andere Ursache bedingt sind?

1. Die Verstärkung des Spitzenstoßes kann, nach der Darstellung der meisten älteren Lehrbücher, einfach verstärkt, hebend oder erschütternd sein. Wie wohl Fr. Müller [1]) zuerst präzisiert hat, sind diese drei Begriffe nicht verschiedene Grade der Steigerung einer Eigen-



Fig. 1.
Hebender Spitzenstoß bei Hypertrophie der linken Kammer.



Fig. 2.
Erschütternder Spitzenstoß bei Basedowscher Krankheit.

schaft, sondern der hebende Spitzenstoß unterscheidet sich seiner Qualität nach vom erschütternden. Das Charakteristische des hebenden Spitzenstoßes ist das kräftige Andrängen des Herzens an die Brustwand; diese wird vorgewölbt, bleibt in der Regel während der Systole gehoben und sinkt dann etwa im selben Tempo, in dem sie vorgewölbt wurde, wieder ein. Im Gegensatz dazu wird beim erschütternden Spitzenstoß die Brustwand plötzlich, ruckweise vorgedrängt; während des weiteren Verlaufs der Systole bleibt sie zwar auch oft noch erhoben, meist aber sinkt sie unmittelbar nach dem Beginn wieder ganz oder größtenteils zurück.

Der Unterschied beider Arten tritt recht deutlich in der Kurve zutage: beim hebenden Stoß (vgl. Fig. 1) das breite Plateau mit schräg verlaufenden an- und absteigenden Schenkeln, beim erschütternden (Fig. 2) der steile, hohe, manchmal durch Hebelschleuderung noch übertriebene Anstieg, dem sofort ein Einsinken bis nahe zur Ausgangshöhe folgt, meist noch ein niedriger horizontaler oder flach abfallender, öfters mit einer niedrigen zweiten Erhebung versehener weiterer systolischer Teil. Das Bild des erschütternden Spitzenstoßes ähnelt dem des arteriellen Pulses, das des hebenden ist

[1]) F. Müller, Berl. klin. Wochenschr. 1895.

durchaus davon verschieden. Wie F. Müller beobachtet hat, zeigt sich die verschiedene Art der Herzkontraktion auch darin, daß die Anspannungszeit beim erschütternden Herzstoß kürzer ist als beim hebenden.

Die Erfahrung zeigt nun, daß diejenige Verstärkung des Herzstoßes, welche durch nervöse Zustände bedingt wird, so gut wie regelmäßig den Typus des erschütternden Stoßes zeigt; mit der ruckweisen, plötzlichen Kontraktion ist auch ein besonders lauter erster Ton verbunden; man hört das nervös erregte Herz oft laut schlagen und fühlt leicht das ruckweise „Hämmern". Diese Art verstärkter Herztätigkeit ist für nervöse Herzbeschwerden recht bezeichnend. Freilich kommt sie in ähnlicher Weise vor bei einer Form von Klappenfehler, nämlich der Mitralstenose (hier vielleicht bedingt dadurch, daß der sich kontrahierende Ventrikel zu wenig Inhalt hat, leer schlägt). Der hebende Stoß ist dagegen die häufige Begleiterscheinung der Tätigkeit eines hypertrophischen oder dilatierten Ventrikels, sei es, daß ein Aortenfehler, eine Mitralinsuffizienz oder eine nephritische oder andere Form einfacher Hypertrophie der linken Kammer vorliegt.

2. Steigerung der Pulsfrequenz ist eine der häufigsten Erscheinungen nervöser Herzstörungen. Bei der Basedowschen Krankheit, bei manchen Fällen von Kropfherz, auch bei manchen anderen Formen ist diese Tachykardie eine dauernde. Weit häufiger findet man Nervöse, bei denen die Pulszahl nur bei jeder psychischen Erregung leicht hohe Grade erreicht, sonst ziemlich normale Grenzen einhält. Hier liegt das Charakteristische gerade in solchem raschem Wechsel der Frequenz; recht bezeichnend ist es, wenn bei der ärztlichen Untersuchung anfangs sehr hohe Pulszahl gefunden wird, die alsbald zu gewöhnlicher Höhe abfällt. Andrerseits führt körperliche Anstrengung nicht nur bei organischen, sondern auch bei rein funktionellen Herzstörungen zu beträchtlicher Pulsfrequenz. So kann schon das Aufrichten aus der Rückenlage bei beiden Zuständen, und nicht etwa nur bei Herzkranken, die Pulsfrequenz hoch steigern. Man beobachtet solchen Effekt nach leichter, aber rasch ausgeführter Körperbewegung schon oft bei dem leicht erregbaren Herzen der Kinder und heranwachsenden Leute; ich fand eine Frequenzzunahme um über 30 Schläge bei fast einem Drittel der jugendlichen Zeißschen Arbeiter, wenn ich sie, nachdem sie kurze Zeit ruhig auf dem Sofa gelegen hatten, aufstehen ließ. Auf die Versuche, die Steigerung der Pulsfrequenz als Reaktion auf dosierte körperliche Arbeit zum Maßstab für die Leistungsfähigkeit des Herzens zu machen, komme ich weiter unten zurück.

3. Wichtiger ist die Unregelmäßigkeit des Pulses. Die modernen Studien, die Pulsarhythmie an der Hand der experimentellen Erfahrungen zu analysieren, haben zwar noch keine durchgreifenden Unterschiede zwischen den durch Herzleiden und den durch Nerven-

einfluß bedingten Arhythmien ergeben, aber sie haben doch wenigstens dazu geführt, daß eine bestimmte Gruppe von Arhythmien als auf nervöser Basis bedingt von der Menge der übrigen Arhythmieformen abgesondert werden konnte. Diese Gruppe, welche von Mackenzie[1]) als infantile Arhythmie bezeichnet wird, kennzeichnet sich dadurch, daß die Störung nach der modernen Bezeichnungsweise eine rein chronotrope ist, d. h. daß die einzelnen Schläge zwar in unregelmäßigem Tempo aufeinander folgen, sich aber sonst ihrer Art nach durchaus nicht voneinander unterscheiden; namentlich verhalten sie sich hinsichtlich Lautheit der Töne, Dauer der Systole, Stärke und Art des Spitzenstoßes, Größe der Pulse in den Arterien durchaus gleichmäßig.

Die Bezeichnung „infantile Form" rechtfertigt sich dadurch, daß sie sich relativ am häufigsten (aber durchaus nicht ausschließlich) bei Kindern findet und daß andrerseits andere, durch eigentliche Herzkrankheit bedingte Arhythmien im Kindesalter selten vorkommen. Bei Erwachsenen begegnet man diesem Typus erstens bei allerhand Formen von Neurose, und zweitens in der Rekonvaleszenz zumal von akuten Krankheiten, einem Zustand, der hinsichtlich der Erscheinungen an den Kreislauforganen überhaupt mit den Neurosen viel Ähnlichkeit hat.

Der infantilen Form, welche sich durch ganz regellose Folge an sich gleichartiger Herzschläge kennzeichnet, steht sehr nahe die respiratorische Arhythmie. Sie besteht in einer Beeinflussung der Schlagfolge durch die Respiration derart, daß immer bei Einatmung der Puls beschleunigt, bei Ausatmung, namentlich gegen das Ende des Exspiriums, verlangsamt wird. Eine derartige Beeinflussung besteht andeutungsweise bei vielen Menschen und läßt sich auch für die gebräuchlichen Versuchstiere nachweisen, es handelt sich dabei um eine reflektorische Erregung des Vaguszentrums. Bei Leuten, bei denen die reflektorischen Vorgänge überhaupt gesteigert sind, findet man nun recht oft auch diesen Einfluß der Respirationsphasen auf den Herzrhythmus so ausgesprochen, daß die Frequenz bei der Exspiration auffallend deutlich, bis um das Zwei- bis Dreifache, verlangsamt ist gegenüber der Frequenz bei Inspiration. Man trifft dieses Verhalten bei Rekonvaleszenten, besonders ausgeprägt aber bei Neurasthenikern der verschiedenen Sorten, zumal bei Unfallsneurasthenikern. Wenn solche Leute etwa während der Untersuchung unregelmäßig atmen oder den Atem anhalten, dann kann diese reflektorische Vagnserregung einen ganz unregelmäßigen Puls vortäuschen.[2]) Sie läßt sich aber immer leicht erkennen, wenn der Patient aufgefordert wird, langsam und tief ein- und auszuatmen.

Die ganz unregelmäßige Form der infantilen Arhythmie gibt in der Praxis noch öfter als die respiratorische den Anlaß zur Diagnose

[1]) Mackenzie, Die Lehre vom Puls, übers. v. Deutsch, Lpg. 1903.
[2]) Vgl. Ad. Schmidt, D. med. Wochenschr. 1901.

einer Herzanomalie. Sie ist im ganzen nicht häufig, findet sich bei Kindern öfter als bei Erwachsenen, kommt hier noch am ehesten während der zwanziger Jahre vor. Ich sah kürzlich einen kräftig gebauten, im Bergsport recht tätigen 18jährigen jungen Mann, der wegen Herzleidens vom Militär nicht genommen wurde, und bei dem lediglich solche infantile Arhythmie, allerdings in abnormer Deutlichkeit, sonst aber keinerlei Zeichen von Herzinsuffizienz nachweisbar war.

Wenn auch nicht mit voller Bestimmtheit, so darf man doch jedenfalls mit recht großer Wahrscheinlichkeit bei solcher infantilen Arhythmie auf nervöse Störungen, nicht auf Herzmuskelerkrankung schließen.

Die infantile und die respiratorische Arhythmie ist ganz gewöhnlich leicht zu erkennen, wenn man darauf achtet, daß dabei eben nur der Rhythmus und sonst gar nichts an Art und Ablauf der Einzelpulse wechselt. Selten wird man nötig haben, zur eigenen Orientierung die graphische Darstellung zu Hilfe zu nehmen. Wohl aber kann diese Methode recht brauchbar sein, um ein objektives Bild der Arhythmie zur Verfügung zu gewinnen. Die Kurve (vgl. Fig. 3) ist durch dieselbe Momente

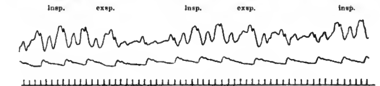



Fig. 3.
Respiratorische Arhythmie; oben V. jugul, darunter Carotis, unten Zeitmarken (Fünftelsekunden).

charakterisiert: Länge und Form der Pulse und Spitzenstoßbilder muß gleich bleiben, nur die Pausen zwischen den Pulsen sind von verschiedener Dauer. Kann man gleichzeitig mit Kardiogramm oder Sphygmogramm eine Venenpulskurve aufschreiben, dann kommt als weiteres Merkmal hinzu die Konstanz der Zeitdifferenz zwischen Vorhofsvenenpuls und Kammerzuckung.

Ist die respiratorische und infantile Arhythmie in der Regel leicht zu deuten, so ist die Schwierigkeit um so größer bei jener Arhythmieform, welche in der Praxis die größte Rolle spielt, bei der durch Extrasystolen bedingten.

Man versteht unter Extrasystolen[1]) solche Herzkontraktionen, welche außerhalb der normalen Schlagfolge durch einen abnormen Reiz ausgelöst werden, und

[1]) Vgl. besonders die Arbeiten von Mackenzie (l. c.), Wenckebach, Ztschr. f. klin. Med. 36 und W.s Monographie über Arhythmie Lpzg. 1903, H. E. Hering, Pflügers Arch. 82, Ztschr. f. exp. Path., Bd. 1 und 2; eine Zusammenfassung der modernen Arbeiten über Arhythmie habe ich in den Erlanger Sitzungsberichten 1905 gegeben.

welche sich durch eine eigentümliche rudimentäre Art der Kontraktion auszeichnen: die Verkürzung der Systole (Verkürzung des Intervalls der beiden Herztöne) und Kleinheit der durch sie erzeugten Pulswelle. Als weiteres Charakteristikum kommt (mit Ausnahme vereinzelter, besonders gelagerter Fälle) noch hinzu, daß der auf die rudimentäre Systole folgende normale Herzschlag erst nach einer längeren Pause folgt (sie ist mindestens so lang wie das normale Pulsintervall, meist deutlich länger, und zwar meist um ebensoviel länger, als die Pause vor der Extrasystole verkürzt war). Da nun sehr häufig der Pulsschlag, welcher durch die Extrasystole erzeugt wird, so schwach ist, daß man ihn an den peripheren Arterien nicht oder kaum wahrnimmt, so hat man bei der Palpation des Radialpulses oft nur den Eindruck, daß ein Puls ausfalle, und man hat häufig von Pulsintermittenz geredet. Durch Auskultation am Herzen kann man sich aber leicht überzeugen, daß es sich nicht um Ausfallen eines Pulses, sondern nur um verfrühte Kontraktion mit „kompensatorischer Pause" handelt.

Die klinische Forschung der letzten Jahre hat nun, in vollster Analogie mit physiologischen Beobachtungen am Tierherzen, eine Reihe von Besonderheiten der Extrasystolen herausgefunden, je nachdem die abnorme Zuckung am Vorhof oder am Ventrikel oder an der Grenze beider einsetzt, und je nach dem zeitlichen Abstand dieses Reizes von der vorangehenden Kontraktion. Für die Unterscheidung, ob die Erscheinung durch Herzleiden oder durch nervöse Störung hervorgerufen sei, ist dadurch leider nichts gewonnen worden; bei beiderlei Zuständen kann jede dieser Formen der Extrasystole vorkommen.

Dasselbe gilt für eine andere Eigentümlichkeit der Extraasystolen. Die verfrühte Kontraktion des Ventrikels erfolgt nämlich oft eigentümlich plötzlich, ruckweise, geht einher mit starker Akzentuation („paukender Beschaffenheit") des ersten Tons und mit starker Erschütterung der Brustwand; dabei besteht ein auffallendes Misverhältnis zwischen dieser abnormen Intensität der Herzaktion und der Kleinheit des Pulses, ein Gegensatz, welcher Quincke[1]) veranlaßt, von „frustranen" Herzaktionen zu sprechen. Warum dieser frustrane Charakter bei im übrigen anscheinend gleichgearteten Extrasystolen bald vorhanden ist, bald fehlt, ist durchaus unklar. Jedenfalls hängt das nicht mit dem (mittels des Venenpulses leicht analysierbaren) verschiedenen Angriffspunkt des Reizes zusammen, und es ist auch unabhängig von der Art der Herzstörung, ob nervös oder organisch bedingt. Somit bietet auch die frustrane Natur der Extrasystole kein für diese Unterscheidung brauchbares Mittel.

Eher scheint eine andere Eigentümlichkeit der Extrasystolen hierfür in Betracht zu kommen, die sich allerdings nicht mittels auskultatorischer, palpatorischer oder graphischer Untersuchung, sondern nur aus den Angaben des Patienten entnehmen läßt. Während nämlich in der Mehrzahl der Fälle der Patient von den Extrasystolen gar nichts wahrnimmt und höchstens, wenn er seinen Puls zählt, darauf aufmerksam wird, haben die Patienten in anderen Fällen eine sehr deutliche, höchst un-

[1]) Quincke, Leyden-Festschr. Bd. I; Q. u. Hochhaus, Arch. f. exp. P. u. Pharm. 53.

angenehme Empfindung davon. Bald ist es das Gefühl, daß das Herz plötzlich stillstehe, ein momentanes Bangigkeits- und Schwindelgefühl, bald ist es nicht sowohl die Extrasystole selbst, sondern die starke, auf die Extrasystole folgende Kontraktion: das Wiedereinsetzen des Herzschlages geht mit dem Gefühl eines heftigen schmerzhaften Ruckes in der Herzgegend einher. Dieser mit dem Wiedereinsetzen des Herzschlags verbundene Ruck wird von manchen Leuten am ganzen Körper empfunden, namentlich wird dabei oft über höchst peinliche Sensationen am Kopf geklagt.

Solche subjektiv so stark wahrgenommene Extrasystolen kommen zum mindesten ganz vorwiegend bei funktionellen Herzstörungen vor. Angaben hierüber finden sich schon lange vor der Zeit, wo die Störungen physiologisch analysiert wurden, so in einem Aufsatze Leydens aus dem Jahr 1889. Eine nicht geringe Zahl von Herzneurasthenikern sucht den Arzt wesentlich wegen dieser Empfindungen von Stillstehen des Herzens auf; man kann aus der Anamnese in solchen Fällen mit ziemlicher Sicherheit die Diagnose Herzneurose stellen. Es ist zuzugehen, daß die Erscheinung nicht ausschließlich bei Leuten mit notorisch gesundem Kreislaufsystem vorkommt, sondern auch, und zwar mit einer gewissen Vorliebe, bei den Grenzfällen, d. h. solchen, wo leichte Veränderungen objektiver Art bestehen, die Beschwerden aber trotzdem als vorwiegend nervöser Natur anzusehen sind, ja daß sie gelegentlich sogar bei Herzkranken mit Zeichen von Kompensationsstörung vorkommt. Aber in der großen Mehrzahl der Fälle handelt es sich bei diesen subjektiv so lebhaft empfundenen Extrasystolen um rein oder vorwiegend nervöse Störung.

Eine andere ziemlich gut charakterisierte Form von Arhythmie ist die Arhythmia perpetua, d. i. jener Zustand, wo große und kleine Pulse in totaler Regellosigkeit aufeinander folgen, wo zwar auch Pulse von dem Charakter der frustranen Extrasystolen in großer Zahl eingestreut sind, wo aber die sonst so deutliche Beziehung zwischen der Größe des Extrapulses zu der Länge der vorangehenden Pause fehlt, und wo auch die Pulse, welche nicht die Eigentümlichkeiten der frustranen haben, ungleiche Größe aufweisen. Diese kontinuierliche Arhythmie ist in den allermeisten Fällen verbunden mit Insuffizienz der Trikuspidalklappe[1]) oder wenigstens mit positivem Venenpuls und erweist sich schon hierdurch als Begleiterscheinung einer Herzmuskelerkrankung. Eine Arhythmia perpetua, d. h. also eine Arhythmie mit ungleicher Größe der Einzelpulse, die sich nicht etwa durch Extrasystolen allein erklärt, darf als ein sicheres Zeichen dafür angesehen werden, daß eine eigentliche Herzkrankheit und nicht oder nicht nur eine Herzneurose vorliegt.

[1]) Vgl. H. E. Hering, Deutsche med. Wochenschr. 1906.

4. Die Messung des Blutdrucks, die in den letzten Jahren mehr und mehr unter die klinischen Untersuchungsmethoden aufgenommen worden ist, kann zunächst überall dort Klarheit in die differentialdiagnostischen Zweifel bringen, wo sich der Blutdruck als ganz bedeutend gesteigert erweist. Die als normal zu bezeichnenden Werte betragen bei Anwendung der Oberarmkompression mit der breiten Recklinghausenschen Manschette 105 bis 125 oder 130 mm Hg. Druckwerte, die konstant oberhalb 180 mm liegen, können mit sehr großer Sicherheit als Zeichen einer eigentlichen Erkrankung der Kreislauforgane angesehen werden, meist handelt es sich dabei um Nephritis oder Arteriosklerose. Unsicherer ist die Deutung von Drucksteigerungen geringerer Art. Werte zwischen 150 und 180 sind zwar auch vorwiegend, aber doch nicht ausschließlich durch organische Erkrankungen bedingt; solche, welche die obere Grenze der Norm nur um 10 bis 20 mm überschreiten, erweisen sich etwa in der Hälfte der Fälle als durch Herz oder Gefäßleiden, in der anderen Hälfte als durch nervöse Einflüsse bedingt.

Eine Zusammenstellung der Blutdruckzahlen, die im Laufe von $^3/_4$ Jahren in der Jenaer Poliklinik notiert wurden, ergab, daß bei 450 Fällen Angaben vorliegen; 284mal handelte es sich um Werte oberhalb 130 mm Hg. Die 35 Fälle mit Werten über 180 betrafen durchweg Patienten mit Nephritis, Arteriosklerose oder deutlicher Herzhypertrophie; unter den 87 Leuten mit Druckwerten zwischen 150 und 180 mm waren nur sechs, bei denen mit Wahrscheinlichkeit rein nervöse Störung angenommen wurde, die übrigen 81 waren sicher herz- oder arterienkrank. Dagegen waren von den 162 Fällen mit mäßiger Drucksteigerung, 130—150 mm, nahezu die Hälfte, als rein nervöse Individuen anzusehen.

Läßt sich die absolute Höhe der Drucksteigerung somit doch nur in extremen Fällen für die Differentialdiagnostik der beiden Krankheitsgruppen verwerten, so liefert wenigstens für manche Fälle die Prüfung der Konstanz der Drucksteigerung noch brauchbare Anhaltspunkte. Wenn man bei Fällen von Nephritis oder Arteriosklerose den Blutdruck kurz nacheinander mehrmals bestimmt, erhält man nahezu konstante Werte. Bei nervöser Druckvermehrung sind die folgenden Werte sehr oft niedriger als die früher erhaltenen; man findet hier gar nicht selten bei der ersten Messung etwa 145 mm und kann bei wiederholten Messungen verfolgen, wie der Druck gradatim bis auf etwa 125, also auf normale Höhe, absinkt. Ein solches Verhalten ist für aufgeregte Leute geradezu typisch und kann ganz wohl als diagnostisches Zeichen dienen. Auch jede psychische Reizung während des Versuches steigert bei ihnen den Druck um 20—40 mm.

Ob die neuerdings von Masing, Sahli, Strasburger vorgeschlagene Bestimmung der Pulsamplitude neuen Einblick in die fraglichen Dinge gestatten wird, scheint mir nach eigenen Beobachtungen zweifelhaft. Zehn Fälle von Herzneurosen, die ich auf diese Weise untersuchte,

zeigten bei Maximaldrucken zwischen 120 und 130 mm ganz verschiedene Höhe der Minimaldrucke, sie schwankten zwischen 60 und 93 mm, und die Blutdruckquotienten (Verhältnis von Minimal- zu Maximaldruck) schwankten zwischen 0,46 und 0,77, d. i. nahezu zwischen den überhaupt vorkommenden extremen Werten.

Daß die Form der Pulskurve mit Ausnahme weniger Fälle einen (wenigstens für den jetzigen Stand der Kenntnisse und Untersuchungsmethoden) geringen Einblick in die Kreislaufverhältnisse gewährt, wird wohl von allen Seiten zugegeben; für die Unterscheidung organischer und funktioneller Herzstörung liefert sie so gut wie gar keinen Anhaltspunkt. Ebensowenig läßt sich die z. Z. ja leicht auszuführende Bestimmung der Pulsgeschwindigkeit hierfür verwerten; ich erhielt bei Nervösen zwar im ganzen niedrige Werte (5—6 mm pro Sekunde), aber auch bei Herzkranken und Arteriosklerotikern oft dieselben Zahlen.

Rosenbach wies darauf hin, daß bei Neurasthenikern nicht selten ein eigentümlicher Symptomkomplex vorkommt, der subjektiv durch das Gefühl starken Klopfens und Hämmerns im Leib, objektiv durch die starke Pulsation der Bauchaorta gekennzeichnet sei; er hat den Zustand als eigenes Krankheitsbild unter dem Namen intermittierende Erweiterung der Bauchaorta beschrieben. In der Angabe, daß starkes Pulsieren der Aorta abdom. verbunden mit peinlichen subjektiven Empfindungen oft bei Nervösen vorkommt, ist Rosenbach sicher beizupflichten; daß die Aorta dabei wirklich erweitert sei, etwa in dem Maß, daß diese Erweiterung diagnostisch brauchbar wäre, erscheint doch zweifelhaft.

Neben den bisher besprochenen Symptomen, welche sich auf die Untersuchung des ruhenden Patienten beziehen, kann man noch wichtige Anhaltspunkte für die Diagnose der Herzstörungen gewinnen durch Prüfung des Verhaltens von Herz und Puls unter dem Einfluß äußerer Einwirkungen, insbesondere körperlicher Arbeit. Als Kriterien kommen hier in Betracht: die Größe des Herzens, die Pulsfrequenz, der Blutdruck, in selteneren Fällen auch der Rhythmus der Schlagfolge.

Weniger, als man vielleicht a priori erwarten sollte, ist das Verhalten des Gesamtorganismus, d. h. das frühzeitige Ermatten und Versagen bei Körperanstrengung hier zu verwerten. Denn leichte Ermüdbarkeit und Erschöpfung findet sich beim Neurastheniker, und zumal beim Herzneurastheniker, ebenso wie beim Herzkranken.

Ein wesentlicher Unterschied zeigt sich aber, wenigstens oft, im Verhalten der Größe des Herzens, wie sie nach alter Methode durch Palpation des Spitzenstoßes und Perkussion, in exakterer Weise durch orthodiagraphische Röntgenuntersuchung sich feststellen läßt. Im Gegensatz zu einer älteren Meinung ist man heute, namentlich auf Grund der de la Campschen[1]) Untersuchungen, der Überzeugung, daß durch einmalige kräftige Muskelanstrengung ein gesundes Herz nicht vergrößert wird. Jede nach Muskelarbeit nachweisbare Erweiterung der Herzgrenzen wird demnach als sicheres Zeichen einer Herzkrankheit gelten müssen. Im Gegensatz dazu findet man, wie de la Camp

[1]) de la Camp, Zeitschr. f. klin. Med. 51.

beobachten konnte, bei Nervösen mitunter eine Verkleinerung der Herzgrenzen nach Körperarbeit; auch dieses Verhalten scheint charakteristisch und gelegentlich für die Differentialdiagnose brauchbar zu sein.

Die Pulsfrequenz des gesunden Menschen erfährt nach mittelstarker Anstrengung (Treppensteigen, Raddrehen) eine deutliche Steigerung, etwa um 10—40 Schläge. Bei starker, anhaltender Körperarbeit, z. B. raschem Bergsteigen, sind Schlagzahlen von 120, 140 und darüber nichts Seltenes. Dieser Arbeitseffekt klingt nach kurzdauernder Anstrengung im Verlauf von 2—3 Minuten wieder ab. Bleibt die Pulszahl längere Zeit abnorm hoch, so kann man mit Wahrscheinlichkeit eine echte Herzkrankheit diagnostizieren. Sehr erheblicher Anstieg kommt zwar auch bei nervösen Störungen oft genug vor; aber dann pflegt der steilen Erhebung ein rasches Absinken zu folgen, und man kann gerade diese Steilheit des Ansteigens und Abfallens als bezeichnendes Merkmal der rein funktionellen Störung betrachten. Beispielsweise betrug die Pulsfrequenz in je zehn Sekunden bei einem 31jährigen Neurastheniker 13; nach raschem Treppensteigen 25, dann nach je $^1/_2$ Minute 13, 13; bei einem 19jährigen nervösen Jüngling waren die entsprechenden Werte 16; 25, 18, 17, bei einem anderen 11; 19, 12, dagegen bei einer Kranken mit Herzfehler 20; 30, 27, 23, 23, 20.

Bei anderen Patienten kann hinwiederum geringe Beeinflussung der Pulszahl für Herzneurose sprechen, dann nämlich, wenn ein deutlicher Gegensatz zwischen den subjektiven Herzbeschwerden und dieser geringen Erregbarkeit des Herzens nach Körperarbeit besteht.

Ganz ähnlich verhält es sich mit der Steigerung des Blutdruckes nach Arbeit. Je kräftiger das Herz, um so weniger leicht kommt es zu Drucksteigerung. Immerhin sind Hebungen um 20—30 mm nach raschem Ersteigen einer Treppe beim Gesunden nichts Außergewöhnliches; sie gehen wie die Steigerung der Pulsfrequenz im Verlauf von ein bis zwei Minuten zurück. Bei Herzkranken ist der Druckzuwachs ein größerer, und der Rückgang zur Norm erfolgt langsamer. Bei den höheren Graden von Herzinsuffizienz, wo das Herz offenbar zu dauernder Mehrarbeit nicht mehr fähig ist, schließt sich an das Stadium der Druckerhöhung bald ein Stadium der Drucksenkung unter die Norm, bei noch stärkerer Störung bleibt nach Masing die Steigerung ganz aus, und von vornherein sinkt der Druck.

Gräupner[1]) hat in letzter Zeit diese Methode der Herzprüfung noch weiter ausgebildet. Er findet, daß der Druck bei Herzgesunden unmittelbar nach mittlerer Körperarbeit gesteigert ist und desto rascher wieder zur Norm abfällt, je kräftiger das Herz ist; bei übermäßig großer Arbeit kann der Blutdruck unmittelbar nach der Arbeit unter die Norm

[1]) Gräupner, Messung der Herzkraft, München 1905; G. v. Siegel, Ztschr. f. exp. Path. Bd. 3.

gesunken sein, es folgt aber alsbald eine sekundäre Steigerung über die Norm und dann erst der Rückgang zum Normalen. Unter pathologischen Verhältnissen wird der Blutdruck unmittelbar nach der Arbeit gleichfalls abnorm niedrig, er hebt sich langsam zur Norm, zeigt aber nicht die sekundäre Steigerung. Wenn es auch möglich sein wird, auf Grund dieser Untersuchungsweisen ein leistungsfähiges von einem schwachen Herzen zu unterscheiden, so läßt sich doch kaum erwarten, daß damit auch die Unterscheidung des nervösen von dem organisch kranken Herzen möglich sein wird. Denn das Neurasthenikerherz reagiert auf Körperanstrengung ähnlich wie das kranke Herz mit beträchtlicher Drucksteigerung. Ob auch das für das insuffiziente Herz beschriebene Absinken des Druckes vorkommt, muß ich zunächst unentschieden lassen; ich habe es noch nicht beobachtet.

In manchen Fällen kann der Einfluß von Körperarbeit auf die Regelmäßigkeit der Schlagfolge von Bedeutung sein. Arhythmie, die durch Herzmuskelleiden bedingt ist, nimmt ganz gewöhnlich nach Körperarbeit deutlich zu. Im Gegensatz dazu sieht man Arhythmie (und zwar nicht nur solche von infantilem Typus, sondern extrasystolische Arhythmie) bei manchen nervösen Leuten mit sonst gesunden Kreislauforganen nach Körperarbeit prompt verschwinden. Ich beobachtete kürzlich bei einem Lokomotivführer mit allerhand subjektiven Herzbeschwerden sehr zahlreiche Extrasystolen; nach Treppensteigen stieg die Pulsfrequenz von 78 auf 150, um allerdings im Verlauf einer Minute wieder auf 78 abzufallen. Solange der Puls beschleunigt war, war er durchaus regelmäßig; nachdem er wieder die normale Frequenz erlangt hatte, kehrten die Extrasystolen wieder. Ein solches Verhalten ist recht typisch für nervöse Störung; eine Anzahl ähnlicher bezeichnender Fälle hat Reißner[1]) mitgeteilt. Doch trifft man es bei nervös bedingter Arhythmie durchaus nicht als Regel; ich fand bei recht vielen Patienten, deren Beschwerden nach allen Beobachtungsergebnissen als nervös bedingt anzusehen waren, deutliche Zunahme der Extrasystolen nach Bewegung, und Abnahme, oft völliges Verschwinden, wenn die Patienten eine Weile ruhig lagen. Und Kraus[2]) bezeichnet es als typisch für Herzneurosen, daß nach dosierter Körperarbeit exzessive Steigerung von Blutdruck und Schlagfrequenz auftrete, oft verbunden mit Neigung zu Arhythmie.

Als Gegenstück zu diesen Prüfungen der Reaktion des Herzens auf körperliche Arbeit kann man auch seine reflektorische Erregbarkeit prüfen. Kraus (l. c.) studierte das Verhalten des Herzens nach Reizung der Naseaschleimhaut durch Ammoniakdämpfe. Er fand, daß bei Gesunden die Pulszahl dabei unverändert bleibt oder

[1]) Reißner, Ztschr. f. klin. Med. 53.
[2]) Kraus, D. med. Wochenschr. 1905. No. 1.

leicht sinkt und der Druck um 10, höchstens um 20—25 mm steigt, während bei Nervösen die Pulsfrequenz um 10—30 Schläge zunimmt (manchmal unter Auftreten von Arhythmie), und der Druck um 20 bis 40 mm gesteigert wird.

Eine eigentümliche Reaktion des Herzens unter dem Einfluß gespannter Aufmerksamkeit beschrieb M. Herz. Er kontrollierte die Pulszahl während und nach ganz langsamer Beugung des Armes im Ellenbogen, und fand, daß sie bei Gesunden gleich bleibt, bei Herzkranken deutlich abnimmt, bei Nervösen oft erheblich ansteigt.

Andere Autoren haben versucht, die Reaktionsweise der peripheren Gefäße direkter zu bestimmen. Anjel[1]) prüfte den Einfluß von Kälte auf das Volumen der Extremitäten und fand, daß Neurastheniker geringeren Ausschlag gehen als Gesunde. Er erklärt das in ansprechender Weise mit der Annahme, daß die Neurastheniker bereits durch die etwas umständliche Versuchsanordnung in Aufregung versetzt und ihre Vasomotoren dadurch schon vorher so in Erregung seien, daß der Kältereiz keine weitere Kontraktion auslöst. Einige orientierende Versuche, die wir auf der Jenaer Poliklinik vornahmen, ergaben keine deutlichen Unterschiede zwischen Gesunden und Neurasthenikern.

Viel deutlicher ist gewöhnlich eine andere Erscheinung, die auf abnorme Erregbarkeit der Vasomotoren hinweist, nämlich das umschriebene Erröten der Haut an der Stelle, wo mechanische Reize eingewirkt haben, das in ausgesprochenen Fällen nicht nur zum Erythem, sondern direkt zur Quaddelbildung, zur Urticaria factitia führt. Man hat oft Gelegenheit, nach der Prüfung der Berührungs- oder Schmerzempfindung mit der Nadelspitze bei Neurasthenikern kurze Zeit nach diesen kleinen Hautreizen große rote Höfe in der Umgebung der gereizten Stellen zu sehen. Diese Urticaria factitia kann als sicheres Zeichen abnormer Erregbarkeit des Gefäßsystems gelten und damit als ein Symptom, das im Zweifelsfall für die funktionelle Natur der Herzbeschwerden spricht.

Die bisherigen Ausführungen beziehen sich auf die Unterscheidung derjenigen Beschwerden der Herzkranken und der Herzneurotiker, welche mehr chronischen Charakter haben oder doch nicht nur in vereinzelten Paroxysmen sich äußern. Es bleiben noch einige Symptomenkomplexe zu besprechen, die gut charakterisiert sind und sich durch exquisit anfallsweises Auftreten auszeichnen, die Angina pectoris, die paroxysmale Tachykardie und die paroxysmale Bradykardie.

Angina pectoris kennzeichnet sich durch anfallsweises Auftreten von Schmerzen in der Herzgegend, zumeist gegen die linke Schulter, oft auch in den linken Arm (vorzugsweise dessen ulnare Seite) ausstrahlend, verbunden mit mehr oder minder heftigem Beklemmungsgefühl und Todesangst. Die echte Angina pectoris ist in der Mehrzahl

[1]) Anjel, Arch. f. Psychiatr. 15.

der Fälle Zeichen eines ernsten Herzleidens, zumeist der Kranzarteriensklerose. Die Unterscheidung von der als rein funktionelle Störung bei Neurasthenikern vorkommenden „Pseudoangina" kann recht große Schwierigkeiten machen. Zwar sind hierbei oft die Symptome minder heftig ausgeprägt, es überwiegt das Herzklopfen, und der Schmerz wird vorzugsweise in der Herzspitzengegend, weniger, wie bei der Angina vera, unter dem Sternum empfunden, auch ist das Ausstrahlen des Schmerzes in den linken Arm häufig nicht so typisch; aber es kann doch, wie am entschiedensten von Romberg gelehrt wird, die Pseudoangina der Angina vera in jedem Zuge gleichen, und eine Unterscheidung ist dann mehr durch die äußeren Umstände (jugendliches Alter, Abhängigkeit von psychischen Erregungen, Unabhängigkeit von Körperanstrengung, allerhand neurasthenische, zumal vasomotorische Begleiterscheinungen) als durch die Art der Anfälle von der Angina vera möglich. —

Die merkwürdige, klinisch sehr gut charakterisierte, aber in ihrer Pathogenese noch unklare Erscheinung der paroxysmalen Tachykardie muß, nach dem heutigen Stand unseres Wissens zu urteilen, den Herzneurosen zugerechnet werden. Für die Unsicherheit, mit welcher man diesem Symptomenkomplex gegenübersteht, ist bezeichnend, daß er innerhalb zweier Dezennien zuerst als Vagusneurose [Proebsting[1]], dann als akute Herzmuskelzinsuffizenz [Martius[2]] und neuerdings, besonders seit den Untersuchungen Hoffmanns[3]), wieder als Herzneurose aufgefaßt wurde. Dabei bleibt noch unsicher, ob diese Herzneurose in Häufung von Extrasystolen oder in anderer Beeinflussung der Schlagfolge sich äußere.

Die paroxysmale Tachykardie ist mit keinem andern Krankheitsbild zu verwechseln: In voller Gesundheit plötzlich heftiges Herzklopfen, manchmal auch Dyspnoe, sehr beschleunigter, ziemlich genau das Doppelte der vorangehenden Schlagzahl betragender Puls; nach minuten-, stunden- oder gar tagelanger Dauer plötzliches, oft mit dem Gefühl eines vom Herzen ausgehenden Ruckes verbundenes Aufhören des Anfalls und rasche Wiederkehr des Wohlbefindens. Die Anfälle können jahrelang in verschiedener Häufigkeit bestehen, sie treten viel öfter nach seelischen Erregungen, Nikotin, Alkohol, als nach Körperanstrengung auf, sind nicht durch Digitalis, eher durch Brom und Valeriana zu beeinflussen. Zeichen von Herzinsuffizienz fehlen bei leichten Anfällen ganz, bei schweren kann allerdings Herzdilatation, Leberschwellung, schließlich Ödem und Stauungsharn auftreten. —

Im Gegensatz zu der als Neurose zu betrachtenden paroxysmalen Tachykardie muß die anfallsweise auftretende Pulsverlangsamung als Zeichen organischer Herzerkrankung betrachtet werden. Das Leiden dokumentiert sich in Anfällen von Schwindel, Ohnmacht, Konvulsionen,

[1]) Proebsting, Arch. f. klin. Med. 31.
[2]) Martius, Tachycardie. Stuttg. 1895.
[3]) A. Hoffmann, Arch. f. klin. Med. 78, Ztschr. f. klin. Med. 53.

verbunden mit ganz extremer Pulsverlangsamung, ja Aussetzen des Pulses für $^1/_4$ — $^1/_2$ Minute. Außerhalb der Anfälle kann die Pulsfrequenz normal sein, meist ist sie aber auch hier verlangsamt, zwischen 30 und 40. Wie schon Stokes vermutete und His[1]) deutlicher nachwies, schlägt im Anfall der Vorhof unverändert fort. Neuere Untersuchungen von Mackenzie[2]), Rihl[3]), Finkleuburg[4]) u. a. haben nun gezeigt, daß für viele Fälle auch außerhalb der Anfälle Vorhöfe und Ventrikel in verschiedenem Rhythmus schlagen, daß es sich um eine dauernde Unterbrechung der Überleitung des Reizes vom Vorhof auf den Ventrikel handelt.

Da wir nach den Arbeiten von His (l. c.), H. E. Hering[5]), Tawara[6]) sicher wissen, daß diese Überleitung in einem speziellen Muskelbündel stattfindet, und da andererseits die Mehrzahl der Fälle Patienten mit Arteriosklerose und Herzmuskelleiden betrafen, so liegt die Annahme nahe, daß eine anatomische Erkrankung dieses Überleitungsbündels die Ursache der Erscheinung sei. Anatomische Beweise für diese Annahme fehlen freilich noch, es ist aber höchst wahrscheinlich, daß sie erbracht werden. Jedenfalls wird man schon auf Grund der älteren klinischen Erfahrungen, daß der Tod im Anfall eintreten kann, die Fälle zu den eigentlichen Herzleiden rechnen.

Eine andere Frage ist freilich die, ob wirklich sämtliche Fälle von Dissoziation auf anatomischer Läsion beruhen; im Experiment sieht man die Erscheinung auch im Verlauf von Vagusreizung auftreten und rein nervöse Störung erscheint deshalb nicht ganz ausgeschlossen. Jedenfalls würde sie aber auf ganz wenige Fälle beschränkt sein.

Die bisherigen Erörterungen trachteten danach, durch möglichste Beachtung der Einzelsymptome eine Unterscheidung zwischen funktionellen und organischen Herzstörungen zu ermöglichen.

Nun ist aber recht nachdrücklich darauf hinzuweisen, daß gar nicht so selten eine Kombination von organisch und funktionell bedingten Herzsymptomen vorkommt. Diese Kombination kann in doppelter Weise zustande kommen. Erstens dadurch, daß eine ursprünglich rein nervöse Störung im Lauf der Zeit zu Insuffizienz des Herzens führt, und zweitens dadurch, daß bei Herzleidenden außer den durch die Herzinsuffizienz selbst bedingten Erscheinungen noch eine Reihe nervöser, funktioneller Störungen hinzutreten.

---

[1]) His, Arch. f. klin. Med. 64.
[2]) Mackenzie. Lehre vom Puls.
[3]) Rihl, Ztschr. f. exp. Path. 2.
[4]) Finkleuburg, Arch. f. klin. Med. 82. 86.
[5]) Hering, Ztschr. f. exp. Ther. 2.
[6]) Tawara, Das Reizleitungssystem des Säugetierherzens. Jena 1906.

Für die erste Kategorie ist das bekannteste Beispiel die Basedowsche Krankheit. Hier haben wir nach der derzeitigen Auffassung zunächst lediglich eine nervös bedingte Kreislaufanomalie vor uns. Im Lauf des Leidens entsteht aber leider nicht selten aus der ursprünglich rein nervös verstärkten Herzaktion eine ausgesprochene Dilatation oder Hypertrophie plus Dilatation des Herzens mit allen Folgeerscheinungen der Herzinsuffizienz.

Ähnlich kann man bei paroxysmaler Tachykardie beobachten, daß kurzdauernde Anfälle ohne besonderen Nachteil vorübergehen, daß aber bei tagelangem Anfall im Lauf der nächsten zwei Tage sich nach und nach Verbreiterungen des Herzens nach rechts, Leberschwellung, Knöchelödem, Abnahme der Harnmenge einstellen, die nach Abklingen des Anfalls prompt zurückgehen.[1])

Ein ähnlicher Vorgang spielt sich nicht ganz selten auch bei den gewöhnlichen Formen der nervösen Herzstörungen ab. Das gilt namentlich einerseits für Männer im zweiten, dritten und vierten Jahrzehnt, die unter dem Einfluß von Exzessen (namentlich Onanie) allerhand nervöse Störungen erlangen, andrerseits für Frauen in der Menopause. Bei beiden Gruppen können jahrelang scheinbar rein nervöse Herzstörungen bestehen, bis schließlich doch Zeichen der Herzinsuffizienz hinzutreten.

Ein gewisses Verständnis für diese Vorgänge ist durch die Blutdruckmessungen angebahnt worden: wenn bei Nervösen Blutdruck und Schlagfolge häufig gesteigert, also die Herzarbeit vermehrt ist, dann kann diese höhere Inanspruchnahme der Herzkraft im Lauf der Zeit, ähnlich wie dauernd erhöhter Blutdruck bei Arteriosklerose und Nephritis, zu Hypertrophie, Dilatation und Insuffizienz des Herzens führen, zumal bei jenen Fällen, wo die Drucksteigerung nicht nur vorübergehend, sondern dauernd ist, wie bei manchen Basedowkranken und Kropfherzpatienten.

Für die Praxis folgt aus diesen Beobachtungen und Überlegungen, daß man mit der Prognose der nervösen Herzstörungen immerhin etwas zurückhaltend sein soll. —

Wohl ebenso große Bedeutung als dem eben besprochenen Moment, dem Hinzutreten von organischen Herzstörungen zu funktionellen, kommt in der Praxis dem entgegengesetzten Vorkommnis zu, dem Hinzutreten von nervösen Herzstörungen zu organischen Herzkrankheiten.

Daß nervöse Symptome der verschiedensten Art bei Leuten mit Klappenfehlern und Herzmuskelleiden vorkommen können, ist seit lange bekannt. Die in allen Lehrbüchern wiederkehrende Warnung, sich bei der Differentialdiagnose zwischen organischen und funktionellen Herzleiden nicht zu sehr auf den Nachweis von allerhand hysterischen oder neurasthenischen Stigmata zu verlassen, entspringt eben der Erfahrung, daß Herzkranke überaus häufig nervös werden.

[1]) Vgl. U. Rose, Berl. klin. Wochenschr. 1901.

Und wie es nun eine Eigentümlichkeit der Neurastheniker ist, auf geringe Funktionsstörungen einzelner Organe mit unverhältnismäßig starken subjektiven Beschwerden zu reagieren (vgl. die schönen Ausführungen Strümpells[1]) über nervöse Dyspepsie), so haben Herzkranke mit nervösem Allgemeinzustand auch oft abnorm starke Empfindungen, zumal abnorm starke Schmerzen am Herzen.

Das Herzklopfen, der Herzschmerz so mancher Klappenfehlerkranken, läßt sich ungezwungen in solcher Weise deuten. Ja es kann so paradox das klingt, bei Klappenfehlern, selbst bei ausgesprochener Aortenklappeninsuffizienz, die ja relativ oft zu Angina pectoris vera führt, richtige Pseudoangina pectoris vorkommen.

Folgender Fall, den ich als Assistent an der Straßburger Klinik mitbeobachten konnte, sei als Beispiel eingeschaltet. Ein ca. 18jähriger Mann mit typischer Insuffizienz und Stenose der Aortenklappen, beträchtlicher Hypertrophie, aber ohne Ödeme, bekam einige Zeit nach seinem Eintritt in die Klinik nächtliche Anfälle mit heftigem Schmerz in der Herzgegend, in die linke Schulter ausstrahlend, verbunden mit lautem Jammern und mit starker Beschleunigung der Atmung. Pulszahl während der Anfälle kaum gesteigert; nach einigen Tagen wird Hypalgesie des linken Arms, weiterhin Hypalgesie auch an Rumpf und anderen Gliedmaßen festgestellt. Die Anfälle galten erst für solche von Angina pectoris, nur ließ die merkwürdige Art des Patienten doch schon an die andere Möglichkeit denken. Patient warf sich in eigentümlich theatralischer Weise im Bett umher, jammerte auffallend laut, war nach den Anfällen recht rasch wieder auf dem status quo ante. Patient akquirierte einen schweren Typhus mit noch schwererem Rezidiv, er überstand beides, verlor dabei völlig seine Anginaanfälle und auch seine Hypalgesie, sein Herzfehler blieb nach wie vor kompensiert, und zurzeit ist Patient noch (nach sieben Jahren!) als Wärter an der Klinik angestellt.

In ähnlicher Weise glaube ich auch das Vorkommen jener Form von Extrasystolen, welche subjektiv als heftiger Ruck in der Herzgegend wahrgenommen werden, bei Herzkranken deuten zu sollen. Ich sah es relativ häufig bei ganz gut kompensierten Klappenfehlern, und dort, wo ich diesen Symptomen bei Klappenfehlerpatienten mit deutlichen Kompensationsstörungen begegnete, sprach für die nervöse Natur insbesondere der therapeutische Effekt: Digitalis schaffte zwar gute Diurese und beseitigte die Stauungserscheinungen, die Klagen über die peinlichen Herzstöße blieben aber ungeändert, während sie nach Verabreichung von Bromkalium rasch verschwanden.

Und endlich scheinen mir die bei Herzkranken vorkommenden Anfälle von paroxysmaler Tachykardie in diese Gruppe von Herzneurosen bei Herzkrankheit zu gehören. Diese Anfälle unterscheiden sich ihrer ganzen Art nach in nichts von den Tachykardieanfällen herzgesunder Neurastheniker; sie reagieren auf Digitalis gar nicht, lassen sich gelegentlich durch allerhand Kunstgriffe, Druck auf den

[1]) v. Strümpell, Arch. f. klin. Med. 73.

Vagus, Pressen usw. kupieren, lassen sich durch Bromkalimedikation einigermaßen zurückdrängen. Sie können in jedem Stadium der Herzleiden auftreten.

Man könnte sagen, daß die hier besprochenen Dinge im Grund nur akademische Fragen darstellen; ob die Beschwerden eines notorisch Herzkranken so oder anders gedeutet werden, die Diagnose und Therapie bleibt davon ja doch unbeeinflußt. Dem wäre zu entgegnen, daß zwar die Diagnose des Klappenfehlers oder der Herzdilatation durch die Auffassung der erwähnten einzelnen Symptome nicht geändert wird, daß es aber für die Prognose und auch für die Behandlungsweise viel ausmacht, ob die Hauptbeschwerden des Patienten auf eine Kompensationsstörung, eine Dilatation, oder auf nervöse Einflüsse bezogen werden. Tatsächlich lassen Digitalis und die anderen Herzmittel diesen nervösen Störungen gegenüber fast ganz im Stich, während Brom und ähnliche Nervina sehr prompten Erfolg haben können.

In den bisherigen Ausführungen war immer nur die Rede von Unterscheidung der eigentlichen Herzkrankheiten von den nervösen Herzstörungen. Dabei wurde der Ausdruck „nervös" gebraucht im Sinne von neurasthenisch, hysterisch, bei nervösen Leuten vorkommend. Es ist nun sehr bemerkenswert, daß Störungen des Herzschlags, namentlich des Herzrhythmus, ganz nach Art der bisher besprochenen nervösen Formen sich auch finden können bei organischen Erkrankungen des Hirns. Die Unregelmäßigkeit des Pulses, die bei Meningitis und anderen Fällen von Hirndruck häufig beobachtet wird, ist zumeist derselbe infantile Typus der Arhythmie, der uns sonst bei nervösen, herzgesunden Leuten so häufig begegnet. Und speziell die respiratorische Form des p. irregularis, die gemeinhin als ziemlich sicheres Zeichen eines status nervosus gelten kann, kann auch, mit oder ohne Pulsverlangsamung, Symptom organischer Hirnleiden sein; gute Beispiele dafür enthält die Arbeit von Lommel[1]). Daß auch die typische paroxysmale Tachykardie neben und höchstwahrscheinlich in Abhängigkeit von Hirngeschwülsten beobachtet wird, hat kürzlich Reinhold[2]) an zwei Fällen zeigen können. Und selbst für die paroxysmale Bradykardie, die, früher öfter als nervöses Symptom gedeutet, neuerdings auf eine anatomische Erkrankung des Myokards (sc. auf das His'sche Übergangsbündel) bezogen wird, muß, wie oben besprochen, wenigstens theoretisch die Möglichkeit der Entstehung durch Vagusreiz zugegeben werden.

Mit einiger Resignation wird man also zu dem Schluß kommen: Es ist zwar in einer Reihe von Fällen möglich, bei genauer Analyse

[1]) Lommel, Arch. f. klin. Med. 72.

[2]) Reinhold, Ztschr. f. klin. Med. 59.

der Einzelsymptome mit einiger Sicherheit nervöse von organischen Herzstörungen zu unterscheiden; es ist aber oft nicht möglich, die nervösen Herzstörungen auf Grund der kardiovaskulären Symptome zu unterscheiden in solche, die durch Nervosität, und solche, die durch eine organische Erkrankung des Zerebrums bedingt sind. Diese Differentialdiagnose wird sich immer viel mehr auf die übrigen Symptome, als auf die nähere Charakterisierung der Kreislaufanomalie als solcher zu gründen haben. Und auch in den in praxi viel häufigeren Fällen, wo es sich darum handelt, ob nervös, ob herzkrank, da wird die Berücksichtigung der Verhältnisse des Gesamtorganismus doch immer noch das maßgebende Moment sein; die Analyse der einzelnen kardiovaskulären Symptome wird eine wertvolle Unterstützung, aber selten den entscheidenden Ausschlag abgeben können.

---

V.

# Die ärztliche und erziehliche Behandlung von Schwachsinnigen (Debilen und Imbezillen) in Schulen und Anstalten und ihre weitere Versorgung.

Von Dr. med. **Leopold Laquer** Frankfurt a./M.

(Fortsetzung).

---

Die Behandlung von Imbezillen in Anstalten.

Wenn wir erwägen, daß nach dem Berichte über den fünften Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands von 1905 bisher nur 143 deutsche Städte Hilfsschulen eingerichtet haben, so läßt sich leicht übersehen, wie vielen Tausenden von schwachsinnigen Schulkindern die geeignete ärztliche und erziehliche Behandlung noch nicht zuteil geworden ist. — (Nach Petzold [zit. v. Jul. Moses] bestanden allerdings im Jahre 1905/06 in nahezu 170 Städten Hilfsschulen mit mehr als 580 Klassen und mit etwa 12000 Kindern.) — Die kleineren Städte und das flache Land haben überhaupt noch keinerlei Schulorganisation, die der Eigenart der Imbezillen angepaßt erscheint. Diese Entwicklung muß gegenüber den unendlich mannigfaltigen sonstigen pädagogischen und hygienischen Fortschritten im vergangenen Jahrhundert als eine sehr langsame angesehen werden. — Denn zum ersten Male ist eine Klasse für schwachbefähigte Kinder schon im Jahre 1867 — also vor 40 Jahren —, und zwar in Dresden auf Veranlassung der Lehrer Dr. Kern, E. Stötzner und C. W. Steuer eröffnet worden. Nun haben ja die meisten Idiotenanstalten einige Schulklassen, in denen — das weiß ich aus eigener Erfahrung — Imbezille sitzen, die auch in einer Hilfsschule gefördert werden könnten; es sind das zumeist kindliche Individuen, die aus städtischen und ländlichen Orten stammen, wo Hilfsschulen noch fehlen, oder aus einem häuslichen Milieu, das mangels Unterstützung der Schule durch Eltern oder Erzieher jeden Unterricht außerhalb einer Anstalt zwecklos macht, oder deren äußere Gebrechen die Anstaltsbehandlung erheischen.

Die Verpflichtung der Landarmenverbände zur Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Idioten nach dem Gesetz vom 11. Juli 1901, wovon an a. O. dieser Sammlung die Rede sein wird, wird sicherlich oft genug auch auf Imbezille ausgedehnt; es werden den öffent-

lichen Idiotenanstalten darum auch solche Geistesschwache zugeführt, die nicht eigentlich als idiotisch anzusehen sind und sich ganz gut für Aufnahme in die Hilfsschule eignen. — Es ist natürlich das Bestreben der Leiter und Lehrer, zur Hebung des Niveaus in jenen Anstalten auch eine erhebliche Anzahl von bildungsfähigeren Zöglingen zu beherbergen und zu unterrichten. Einzelne wie z. B. die von Frankfurter Wohltätern gestiftete Idiotenanstalt in Idstein, nennen sich geradezu „Erziehungsanstalt" und nehmen nur bildungsfähige Idioten auf. Sie sehen es sehr gern, wenn das Frankfurter Armenamt sich genötigt sieht, auf Grund des oben genannten Gesetzes einzuschreiten und aus äußeren Gründen Zöglinge der Hilfsschule, also notorische Imbezille, nach Idstein zu überweisen. Es gab eine Reihe von solchen Schülern, die die Frankfurter Hilfsschule wegen ihrer relativ guten Leistungen ungern verlor. Andererseits hatten einige allerdings nicht gerade liebevolle Erzeuger, Väter sowie Mütter, den Wunsch, solche Sprößlinge, die ihnen daheim Schwierigkeiten machten, aus ihrem Familienkreise bzw. ganz aus der Stadt zu entfernen. Gewöhnlich waren es Pläne der „Wiederverheiratung" und ähnliche Motive, die den Anlaß dazu boten.

Aber auch die Privatanstalten für intellektuell minderwertige Kinder sind, soweit meine eigene ärztliche Kenntnis und die von Fachkollegen reicht, nicht frei von Trägern des ausgesprochenen Idiotismus. Eine feine Unterscheidung von erziehbaren Idioten (Halbidioten) und Imbezillen ist ja nicht immer leicht und würde auch, wenn die Leiter dieser Anstalten darin besonders vorsichtig und wählerisch sein wollten, die Rentabilität derartiger Unternehmungen aufs äußerste gefährden. —

An und für sich läßt sich ja ärztlicherseits gegen einen gemeinsamen Unterricht von Idioten, die erziehbar sind, und Imbezillen nichts einwenden. Auch in den beiden mustergültigen Landesanstalten in Sachsen: Nossen (Mädchen) und Großhennersdorf (Knaben) finden sich alle Grade von der tiefsten Idiotie bis zum leichtesten Schwachsinn. Sie werden ja von erfahrenen Pädagogen je nach ihrer Leistungsfähigkeit stufenweise in Unterrichtsklassen eingeordnet. Nur dürfen nicht gar zu minderwertige Idioten, die gar nicht aufnahmefähig sind, mit hineingepfercht werden, von denen beeinflußbare und willensschwache Imbezille schlechte Gewohnheiten, choreiforme Zuckungen, masturbatorische Neigung und noch schwerere moralische Abnormitäten lernen, die ihnen dann recht schwer wieder abzugewöhnen sind. — Es ist ja für das körperliche Gedeihen der Imbezillen von hohem Wert, daß sie in besonderen Anstalten, die gut geleitet, landschaftlich in schöner ländlicher, waldiger oder gebirgiger Gegend oder gar an der See liegen, bis zur Geschlechtsreife und noch darüber hinaus fortgebildet werden. Aber der Widerstand seitens vieler Eltern wird hier noch größer sein, als der, den

wir schon bei Gelegenheit der Umschulung von der Normalschule zur Sonder- bzw. Hilfsschule besprochen hatten. Manche begüterte Eltern nehmen Anstoß an dem Charakter und der Eigenart der sonstigen in der Privatanstalt untergebrachten idiotischen Fälle, wenn sie ihnen durch ihre Zahl auffallen.

Hoffen wir, daß die Umänderung des Namens „Idiotenanstalten“ in „Erziehungsheime“, die man wie in Idstein auch anderwärts vielfach anstrebt, darin Wandel schafft. Zugegeben ist ja, daß der Aufenthalt in den öffentlichen in erster Reihe der Behandlung der Idiotie dienenden Anstalten den Imbezillen, auch wenn sie sich infolge geeigneter Unterrichtsmethoden später relativ gut entwickeln, in ihrem weiteren Fortkommen leider außerordentlich hinderlich wird.

Ein gewisses psychiatrisches und neurologisches Interesse beanspruchen alle jenen schwachbegabten Schüler auf höheren Lehranstalten, die zwar in den Unterklassen (Vorschulen) keine auffällige Minderwertigkeit darbieten, aber in den Mittelklassen (Quarta, Tertia) völlig versagen. Aus ihnen rekrutieren sich ganz besonders häufig die nervösen Schulkinder. — Es stellen sich da sehr leicht choreatische Zustände, Hysterieformen, allgemeine reizbare Schwäche mit Onanie, Nachtangst, Migräne etc. ein, die nur mit der Überanstrengung der schwachen Gehirne in Beziehung zu bringen sind. Für diese Debilen aus besseren Ständen, soweit sie auf höheren Schulen nur schwer zu fördern sind, kommen all die Pädagogien und „Landerziehungsheime“ in Betracht, die außerordentlich erfolgreiche Einrichtungen darstellen. Sie haben den besonderen Zweck, die Erziehung der mangelhaft Veranlagten außerhalb der Familie und fern von der großen Stadt unter ganz besonders günstigen pädagogischen Umständen zu ermöglichen. Ich erwähne hier u. a. die deutschen Landerziehungsheime für Knaben in Schloß Bieberstein bei Fulda in der Röhn, in Haubinda (Thüringen) und bei Ilsenburg im Harz und für Mädchen am Wannsee und bei Gaienhofen am Bodensee. Leider schließt der verdienstvolle Begründer dieser Erziehungsheime, Dr. Hermann Lietz, körperlich, sittlich oder geistig Minderwertige aus seinen Anstalten vollkommen aus.

Dr. Th. Benda in Berlin, der auch in den höheren Schulen und zwar schon von den Unterstufen an, Einrichtung von Hilfsklassen fordert, möchte dadurch dem Nachhilfeunterricht der dem Wohlhabenden ein Vorrecht dem Minderbegüterten gegenüber gewährt, steuern, und den „Pressen“, die er für schädlich hält, den Boden entziehen. Er ist ein Gegner der üblichen Methode, unfähige Schüler den Kursus repetieren zu lassen oder sie nach mehrmaligem Sitzenbleiben zum Abgehen zu zwingen: Es nehme das die Arbeitsfreudigkeit und erzeuge Schulmüdigkeit usw. Das sind sehr weitgehende und recht kostspielige Forderungen. Es bleibt eben, wenn man die Schullasten von Staat und Gemeinde, die ins Un-

endliche anwachsen, nicht noch weiter steigern will, nichts übrig, als so zu handeln, wie bisher. Denn die Eltern haben alle das Bestreben, eine möglichst hohe und „vornehme" Schulgattung für die Unterweisung ihrer Kinder zu wählen — ohne Rücksicht auf deren Können und Wollen. Ferner muß für die einzelnen Stufen eine mittlere Leistungsfähigkeit des Einzelindividuums verlangt werden. Man kann im öffentlichen Unterricht die Individualisierung — das verlangt die Schulorganisation — nicht zu weit treiben! Jeder Arzt wird Bendas Meinung billigen, daß wir eine gründliche Reform der Lehrverfassung brauchen, die hauptsächlich auf eine Herabsetzung des Lehrzieles bis zum Niveau des „Normalmenschen" gerichtet sein und gründliche und mustergültige Verbesserungen schaffen müßte. Auch über seine Idee internationaler Vereinbarungen über Einschränkung der Lehrziele auf ein hygienisch zulässiges Maß ließe sich sprechen. — Doch steht all diesen berechtigten Maßnahmen die Tatsache im Wege, daß mit den großen Fortschritten auf allen Gebieten der Kunst, der Wissenschaft, der Technik, der Industrie, der Handelsbeziehungen etc. jetzt Anforderungen an den schulentlassenen, in den Beruf eintretenden Jüngling herantreten, auf die die Schule nicht mit einer Verminderung des Lehrstoffs reagieren kann. Über die Wege, auf denen man ihn qualitativ verändern könnte, gehen die Ansichten auseinander. Ob real- oder humanistische, oder lateinlose Vorbildung für das Leben geeigneter sei, darüber kann man streiten. Jeder Beruf verlangt aber heutzutage ein gerütteltes Maß von Wissen und Können vom aufstrebenden Menschen. Darüber werden wir nicht hinwegkommen, soviel wir auch an der Schulreform herumoperieren. Wer debil ist, der sollte in die Schule mit mäßigen Zielen gesetzt werden, die für ihn paßt — es gibt ja in Deutschland so viele Nuancen von mittleren Schulen. — Der Debile sollte später auch nur dem Berufe sich widmen, der von ihm nicht mehr verlangt, als er leisten kann. — Das ist eine Idealforderung von Ärzten und Pädagogen, die leider bis auf weiteres ein frommer Wunsch bleiben dürfte. Sie nach allen Seiten zu beleuchten, würde uns hier zu weit führen. Das Pressen zum „Einjährigen" und anderen sogenannten Berechtigungen ist vielen hygienischen Vorschlägen hinderlich. Solange Examina und Klassenziele, z. B. das „Primanerzeugnis", als unumgängliche Bedingungen für Besetzung von Zivil- und Militärstellungen gefordert werden, wird da kaum abzuhelfen sein! — Neuerdings bemühen sich leider auch kleinere Ladengeschäfte und Buros, in denen früher die jungen Leute mit geringerer Vorbildung, auch ganz leicht Debile, mit mäßigen Schulleistungen, Sitzengebliebene usw., wenn sie strebsam waren, Aufnahme fanden und gut vorwärts kamen, nur solche Schulentlassenen als Lehrlinge aufzunehmen, die die Einjährig-Freiwilligen-

berechtigung haben. Denn diese sind in den großen Städten, wo obligatorische Fortbildungsschulen bestehen von dem regelmäßigen, die Arbeitgeber störenden Zwang sie zu besuchen befreit.

Von andern Privatanstalten, die sich zur Aufnahme von Debilen und Imbezillen aus besseren Ständen eignen, seien hier u. a. noch genannt das Heilerziehungsheim von Prof. Dr. theol. rat. phil. Zimer zu Berlin-Zehlendorf: ein Pensionat für besonderer Sorgfalt bedürftige junge Mädchen aus gebildeten Kreisen, das Familienpensionat für geistig Zurückgebliebene von Geschwister Georgi in Hofheim i. T., das Jugendheim für Zurückgebliebene von Dr. phil. Ludwig Cron in Heidelberg, die Erziehungsanstalt für schwachbegabte Kinder besserer Stände von B. Wildt zu Nordhausen im Harz. Die Erziehungsanstalt für geistig zurückgebliebene Kinder von Frl. Marie Rassow in Steglitz, Prov. Brandenburg. Die Schroetersche Erziehungsanstalt in Dresden. Die Truepersche Anstalt, Sophienhoche bei Jena.

## Die Fürsorge für schulentlassene Hilfsschulzöglinge und andere intellektuell Minderwertige.

Die schulärztlichen Erfahrungen, die ich als Arzt der Städtischen Hilfsschulen in Frankfurt a/M. in den Jahren von 1899—1905 sammeln konnte, haben sich in letzter Zeit dahin erweitert, daß ich glaubte, von ärztlichen Gesichtspunkten aus auch auf die Versorgung der schulentlassenen Hilfsschulzöglinge mein Augenmerk richten zu müssen. Der Rektor der Hilfsschule, Matthias Bleher, und der Direktor der Frankfurter Zentrale für private Fürsorge, Dr. Christ. Klumker, bildeten mit mir, Dir. Dr. Sioli und anderen den „Ausschuß zur Fürsorge für Minderwertige“. Eine Geldzuwendung aus der v. Goldschmidt-Rothschildschen Stiftung erleichterte unsere Bestrebungen. Sie gingen vor allem dahin, jener großen Zahl von Schwachbefähigten den Weg zur wirtschaftlichen Selbständigkeit zu ebnen, die, wohl ausgerüstet mit den mäßigen, aber sicheren Kenntnissen, die ihnen die Frankfurter Hilfsschule gewährt, aber vielfach körperlich und geistig zu schwach, um den Wettbewerb mit den intellektuell höher stehenden Schulentlassenen anszuhalten, schon in jungen Jahren, besonders im gefährlichen Zeitalter der Geschlechtsreife, schweren Lebenskämpfen ausgesetzt sind. Dabei stießen wir sehr bald auf Schwierigkeiten, die in der Eigenart der Imbezillen ihren Grund hatten. Es war schwer, Lehrstellen oder Lehrmeister für sie zu finden, auch dann, wenn wir Lehrgeld und Prämien nach Maßgabe unserer allerdings beschränkten

Mittel in Aussicht stellten. Aber selbst wenn wir sie gefunden hatten, so waren entweder die Ungeduld oder die Unfähigkeit der Arbeitgeber oder die Untauglichkeit der Arbeitnehmer, oft auch der ungünstige Einfluß des Hauses der Eltern oder Erzieher die Ursachen der schnellen und häufigen Unterbrechung des Arbeits- und Lehrverhältnisses. Man darf nicht verkennen, daß in dem modernen großstädtischen Handwerk- und Fabrikbetrieb kaum Raum und Zeit bleibt für die Beachtung der Eigenart des Schwachsinnigen. Wie wenige Lehr- und Werkmeister insbesondere in der Großstadt verstehen die Kunst, mit Minderwertigen umzugehen? Wer übt noch die dazu erforderliche Nachsicht und Geduld? — Die körperliche Ungeschicklichkeit, die Ungelenkigkeit, die Langsamkeit, die sich wie in ihren Denkprozessen so in ihren Bewegungen offenbart, gepaart mit dem Mangel an Urteil und Einsicht, passen nicht in die rasche, unaufhaltsame, ja oft rücksichtslose Entwicklung und Abwicklung der Arbeit, wie sie jedwede fortgeschrittene Technik auch in der kleinsten Werkstätte erfordert. — Wir können nicht bei jedem Leiter der Arbeitsstätten die psychologische Schulung voraussetzen, die ein Lehrer an der Hilfsschule, ein Nerven- oder Irrenarzt sich aneignen muß, um die Unterweisung bzw. Behandlung von Schwachsinnigen mit Erfolg zu fördern.

Die Aneignung von Schulwissen in gesondertem Unterricht, wie ich ihn im ersten Teile meines Aufsatzes geschildert habe, ist gewiß wichtig für die Hebung des geistigen, des intellektuellen und moralischen Niveaus der Schwachsinnigen. Aber sie hat ihre natürlichen Grenzen. Ultra posse nemo obligatur! Ich meine, von noch größerer Bedeutung für das Leben, für die Zukunft und wirtschaftliche Selbständigkeit des schwachsinnigen Schulkindes ist seine Erziehung zur Arbeit.

Sie allein vermag bis zu einem gewissen Grade der Verwahrlosung der Schwachsinnigen, ihrem sozialen und moralischen Verfall vorzubeugen. Es gibt allerdings auch unter den Hilfsschulzöglingen einzelne kindliche Individuen, deren moralische Schwäche wie ich bereits erwähnte, sehr früh, schon in der Schulzeit, einsetzt. Derartige angeborene moralische Defekte sind schwer zu beeinflussen; die systematische Erziehung zur Arbeit wird da wenig erfreuliche Ergebnisse zeitigen. Aber die große Zahl der gutartigen Minderwertigen unter jenen Zöglingen, die von Haus aus eine angeborene oder anerzogene sittliche Stärke besitzen, aber immerhin willensschwach, leicht beeinflußbar, träge und unstet erscheinen, leicht der Trunksucht, der Prostitution, der Landstreicherei und schließlich der Kriminalität verfallen, bedarf einer weiteren Fürsorge mit ganz besonderen Einrichtungen.

Das folgende „Fürsorgeregister“ stellt in kurzen Skizzen den Lebensgang einer größeren Zahl von Schwachsinnigen in den ersten Jahren nach der Schulentlassung dar. Ein erheblicher Teil der ent-

lassenen Hilfsschulzöglinge entzog sich unserer Kontrolle; ihr Schicksal war nicht zu verfolgen; in einem anderen sehr kleinen Teil konnte man den Eltern wegen der günstigen äußeren Umstände die alleinige und selbständige Leitung ihres Geschickes ruhig überlassen.

**Fürsorgeregister von 70 Minderwertigen.**

O., Ernst; 15 Jahre alt, soll Weißbinder werden. Für das erste Jahr will ihm der Meister Arbeitskleider geben. . . . Schulschwänzer, faul, sehr schwächlich. Hatte zuerst wenig Neigung auszuhalten; führt sich jetzt gut.

Br, Mary wurde durch die Damen des Komitees und den Geistlichen wiederholt besucht und beraten. Doch waren die Familienverhältnisse so ungünstig, daß nichts zu erreichen war.

L., Babette war Verkäuferin in der Trinkhalle am Grindbrunnen gegen ein monatl. Entgelt von 10 Mk. Führt sich gut, soll auf Kosten des Ausschusses die Haushaltungsschule besuchen. Ist Blumenbinderin geworden und verdient 6 Mk. wöchentlich.

Gr., El. ist in ländlicher Dienststelle und kommt gut vorwärts.

H., Marie; 16 Jahre alt. Vielfach unterstützt. Die Zustände zu Hause sind ärmlich, aber ordentlich. Leidet an chronischer Heiserkeit. Will Büglerin werden. Vater an Tuberkulose gestorben. Älteste Schwester Berta gleichfalls lungenkrank. Fraglich, ob für den Büglerinnenberuf geeignet. Schielt auf einem Auge. Hat ausgelernt, verdient als Büglerin ihr Brot.

H., Martin; 16 Jahre alt. Mutter ist als Putzfrau beschäftigt. Sie bettelt gelegentlich; der Junge ist brav. War zuerst Schlosser. Häufiger Lehrstellenwechsel.

V., Hans; 18 Jahre alt. Sohn sehr ordentlicher Eltern, die aber für die Ausbildung zweier weiterer schwer erziehbarer Kinder große Ausgaben haben. Der Junge ist ziemlich unzuverlässig, wechselt oft seine Stellung, so daß er in freier Lehre nicht bleiben konnte, wurde deshalb in die Gustav-Werner Stiftung verbracht. War zwei Jahre in dieser Erziehungsanstalt. Wird jetzt Verwalter in der Landwirtschaft und soll gut geraten sein.

M., Elisabeth. Die Eltern taugen wenig. Das Mädchen wurde in einer guten Dienststelle in Niederrad untergebracht, wo es sich ein Jahr lang ordentlich geführt hat. Die Dienstherrschaft erhielt 25 Mk. Prämie; sie selbst Mittel für Kleider etc. In neuerer Zeit hatte sie ihre Dienststelle verlassen und führte sich nicht gut. Es schien zeitweilig nötig, Fürsorgeerziehung einzuleiten; wurde dann sehr ordentlich, als sie durch uns in ländliche Verhältnisse untergebracht war.

Sch., Marie, 18 Jahre alt, war in einem Blumengeschäft als Blumenbinderin, wo sie wegen Krankheit entlassen wurde, dann in zwei Lehrstellen bei Kindern untergebracht, hat sich aber überall als unzuverlässig erwiesen. Zu ihrer Stärkung erhielt sie mehrfach tonisierende Mittel, war kurze Zeit in der Walderholungsstätte und ist jetzt als Lehrmädchen in einem Geschäft tätig, wofür sie auch eine Ausstattung erhalten hat. Ist jetzt Verkäuferin im Warenhaus, in dem sie ganz ordentlich sich führt.

W., Maria, schwächliches, sehr ungeschicktes Mädchen, das von seiner Umgebung abhängig ist. Die Eltern taugen gar nichts. Sie hat zunächst die Haushaltungsschule besucht, wurde dann auf dem Lande zur Kräftigung und Ausbildung im Haushalte untergebracht. Die Eltern wurden wegen Hehlerei und Diebstahl mit Gefängnis bestraft. Um das Mädchen vor der Rückkehr in die Familie zu

sichern, ist Antrag auf Fürsorgeerziehung gestellt. Sie wurde aber vom Gericht abgelehnt. Zeitweise war sie vom Armenamt in der Irrenanstalt untergebracht. Schließlich wurde sie von den Eltern zurückgenommen. Es ist kaum irgendein Erfolg zu verzeichnen.

G., Adam und Jakob, Brüder, beide verwahrlost. Wurden vergeblich bei Landwirten untergebracht, waren kurze Zeit als Knechte auf dem Schönhof, dann in einer Verbandstoffabrik tätig. Meistens sollen sie Knochen, Hundekot u. dgl. sammeln um ihr Leben zu fristen. Es läßt sich schwerlich etwas aus ihnen machen. Jakob kommt zum Militär. Trauriges Milieu! Schlagen sich als Gelegenheitsarbeiter so durch.

B., Ernst, 18 Jahre alt. Bei einem Portefeuiller in der Lehre, ist sehr willig, kommt aber nur langsam vorwärts, erhielt $^1/_2$ Jahr lang täglich ca. $^1/_2$ l. Milch. War vorher einige Wochen in Elkerhausen auf dem Lande zur Erholung. Der Lehrherr erhielt 25 Mk. Prämie. Durch Vermittlung des Lehrherrn erhält er auch weiterhin Milch und Frühstück. Noch in der Lehre; entwickelt sich ganz gut.

R., Willi, 17 Jahre alt. War nicht auf der Hilfsschule, ist aber sehr minderbegabt, hat eine geisteskranke Mutter, die seiner Erziehung und Versorgung viele Hindernisse in den Weg gelegt hat. Konnte in freier Lehre nicht vorwärts kommen, wurde in der Gustav-Werner Stiftung zu Reutlingen untergebracht. R. war dort erst in einer landwirtschaftlichen Kolonie; er lernt jetzt in einer Fabrik der Anstalt das Kartonnagegeschäft. Von seiner Mutter wurde er aus der Lehre genommen. Später ist er ebenfalls ohne Erfolg durch uns wieder in eine andere Laufbahn gebracht worden. Schlechte Prognose trotz relativ hoher Kosten, die uns durch die auswärtige Unterbringung erwachsen waren.

K., Friedrich, 16 Jahre alt. Vater Trinker. Lernte Buchbinder. Herzleidend; älteste Schwester Flora ebenfalls Hilfsschülerin. Sehr nervös, zeigt sich zum Buchbinderberuf geeignet und hat Lust daran. Ist noch in derselben Lehrstelle.

K., Marie, aus schlechten, häuslichen Verhältnissen erwachsen. Der Vater hat die Familie mit sieben Kindern verlassen, aber Mutter und Kind sind ordentlich. Ihre Kurzsichtigkeit ist vielleicht hinderlich für viele Berufe. Soll in die Haushaltungsschule. Von kleiner Statur, leidet viel an Kopfweh. Alles Lernen fällt ihr sehr schwer, sie ist aber gewissenhaft und folgsam bei Leuten, die sie gern hat. Ihre Förderung erfordert gute Behandlung und Geduld, dann Aussicht auf Erfolg. Marie hat schließlich eine geeignete Dienststelle bekommen. Das Zeugnis lautet günstig.

Sch., Heinrich. Sein Vater ist Tagelöhner. Schlecht genährter Knabe. Nägelkauer. Verhältnismäßig gute Schulleistungen. Häusliche Verhältnisse scheinen in sittlicher Beziehung Bedenken zu erregen. Sehr halsstarrig. Jeder Zwang löst eine große Renitenz aus. Wird jetzt Buchbinder. Ist noch in der Lehre.

E., Christian, Vater Tagelöhner. Junge kommt in die Schuhfabrik zu Otto Herz & Co., wo er als Schuhmacher noch in der Lehre tätig ist.

E., Emil, Vater will den Jungen in seinem Geschäft gebrauchen, da er Milchhändler ist. Sein Betragen ist gut.

N., Marie, 16 Jahre alt. Soll zu Hause bleiben. Sehr geschickt, aber zart. Vater Zementarbeiter. Ist später Blumenbinderin geworden, hält sich sehr ordentlich.

H., Heinrich. War bei einem Schornsteinfeger in der Lehre, hat sich schlecht entwickelt; machte dumme Streiche, wurde aber auch vom Gesellen schlecht behandelt und vom Meister entlassen; trieb sich in schlechter Gesellschaft herum, wurde nochmals bei demselben Meister untergebracht; ebenso später einmal in der Fahrradfabrik von Kleyer. Schließlich ließ sich gegen den Willen der Mutter

nichts mit ihm anfangen. Mehrfacher Berufswechsel. Kriminell bestraft und verbummelt.

W. 15 Jahre alt, war in der Idiotenanstalt zu Idstein. Soll zu Hause verschiedene Streiche verübt haben. Vater hat einen Kolonialwarenladen. Sollte sich für Gartenarbeit eignen. Wenig Aufsicht zu Hause, Vater unzugänglich. Ev. Einschreiten des Vormundschaftsgerichts veranlassen. Wird Buchbinder. Hält in der Lehre aus. Lehrprämie wird gezahlt.

G., Friedrich. Starker Hang zur Vagabondage; ganz geschickter Junge, der aber zu regelmäßiger Arbeit nicht zu bringen ist. Wurde zweimal in eine Frankfurter Lehre untergebracht, in der er sich anfangs sehr gut führte, später aber weglief. Auswärtige Unterbringungen waren nicht möglich, da seine Mutter sich dem widersetzte; wird sich wahrscheinlich in solch unstetem Leben einigermaßen durchbringen können.

E. v. d., Wilhelm, 18 Jahre alt. Ist in die Lehre zu einem Buchbinder gekommen; scheint sich gut zu führen.

E., Heinrich. 18 Jahre alt. Wollte zunächst Schreiner werden, aber war zu schwach dazu; war darauf zur Erholung auf dem Lande in Elkershausen, nach halbjährigem Landaufenthalt wurde er dann in einer Gärtnerei als Lehrling in Kronberg untergebracht. War in dieser Gärtnerlehre etwa ein Jahr, bis ihn der Meister doch als unbrauchbar abgab. Kaum Erfolg, trotz hoher Kosten.

Z., Auguste. Sehr schlimme häusliche Verhältnisse. Mann Schreiner. Mutter sehr üble Person. Kind moralisch gefährdet. Sei von einem Eisenbahnarbeiter 1903 gemißbraucht worden (Täter wurde verurteilt). Lügt. Hochgradig nervös, zittert beständig. Anstaltsbeobachtung durch Dr. Sioli. Mutter hatte eine Wirtschaft, wo sie das Kind bis tief in die Nacht hinein spielen ließ. Jetzt Wäscherin. Sehr gebessert. Gerichtliche Pflegschaft. (Dr. Kl.)

L., Reinhold, geht mit seinem Vater zusammen in eine Eisengießerei, wo er lernt und zugleich etwas verdient.

M., Greta, 15 Jahre alt. Mutter schlecht beleumundet. Kind muß fort. An dem Mädchen soll vor zwei bis drei Jahren ein Sittlichkeitsverbrechen begangen sein. Täter ist verurteilt worden. Ev. Fürsorgeerziehung notwendig. In der Beobachtungsstation der Irrenanstalt untergebracht.

D., Elisabeth. Schlechte häusliche Verhältnisse. Leidet an Nervenkopfweh. Schulschwänzerin, hat sich viel herumgetrieben, hat Blumen u. dgl. verkauft. Nicht dumm, aber frech. Wohl für Anstaltserziehung geeignet. In mehreren Fabriken gewesen. Sittlich gefährdet. Pflegschaft ist eingeleitet.

G., Wilhelm, 17 Jahre alt. War in einer Schreinerlehre, wurde fortgeschickt, weil er zu langsam ist. Ist naschhaft und unzuverlässig, wurde auswärts in eine Lehre als Bäcker gebracht, machte durch unnütze Beschwerden allerlei Schwierigkeiten. War Bäcker in Gießen, jetzt in Eberstadt. Führt sich ordentlich.

H., Adolf, 17 Jahre alt. Ist als Portefeuiller in einer Lehre, lernt sehr gut und ist recht geschickt, erhält bereits eine Vergütung. Hat eine Ausrüstung mit nötigem Werkzeug und Kleidung erhalten. Bis jetzt ordentlich entwickelt.

St., Helene. 18 Jahre alt. Kam in eine Lehre als Büglerin, hat ihr Geschäft gut gelernt, arbeitet aber ungleichmäßig, lügt, ist nicht recht zuverlässig; ihre Lehrherrin erhielt als Prämie 25 Mk. In neuerer Zeit hat sie die Lehrstelle gewechselt. Ihre häuslichen Verhältnisse sind sehr schlecht. Von ihrem Einkommen muß die Familie mit leben. Ist Büglerin geblieben, verdient 9 Mk. wöchentlich.

W., Wilhelm, 18 Jahre alt. Gute häusliche Verhältnisse. Als Feinmechaniker in einer Lehrstelle, wird von seinen Eltern gut beaufsichtigt. Seine Fortschritte sind sehr gute. Er erhielt einen Preis in der Fortbildungsschule.

K., Fritz, 18 Jahre alt. War zunächst als Portefeuiller in der Lehre, ohne recht voran zu kommen, litt unter den ärmlichen Verhältnissen des Hauses. Ihm mußte erst von anderer wohltätiger Seite ein Bett beschafft werden, damit er wenigstens seinen ordentlichen Nachtschlaf hatte. Als er aus seiner ersten Lehre wegen seines Schwachsinns entlassen wurde, haben wir ihn zu einem anderen Lehrmeister gebracht, der gut mit ihm fertig wird. Er macht, wenn auch langsam, Fortschritte, sein Lehrmeister erhält 25 Mk. Prämie, dem Jungen wurde das Werkzeug angeschafft. Er hielt sich schließlich schlecht. War neulich als Hausbursche in Ruppertshain untergebracht, führte sich auch dort sehr schlecht. Die Prognose ist sehr unsicher.

W., Erwin. War zunächst zur Erholung bei der Mutter, wurde dann als Portefeuiller in eine Lehrstelle gebracht. Er begreift schwer, ist aber sehr willig und macht Fortschritte. Der Meister gibt die denkbar beste Auskunft.

M., Friederike, 18 Jahre alt. Sollte im Frauenbildungsverein ausgebildet werden; trotz dieser Zusage wollte die Mutter die Tochter nicht hinschicken. Eigensinnige Eltern. Nichts mehr bekannt geworden.

G., Peter, 18 Jahre alt. Gut situierte Eltern, die durchaus einen Schreiber aus ihm machen wollten. Sie waren von diesem Plan nicht abzubringen. Erst war er Kaufmann, aber nur $^1/_2$ Jahr lang ohne Erfolg. Dann schlug er bei der hiesigen Postverwaltung die Unterbeamtenkarriere ein, in der er sich bis jetzt bewährt hat.

B., Margarete, 17 Jahre alt. Wurde zunächst in einem Hospital als Küchenmädchen ohne Erfolg untergebracht. Ist hernach von der Stadt Frankfurt in die Idiotenanstalt Idstein verwiesen worden; ist noch dort. Sie wird, da sie geschickter geworden, zu Hausarbeiten verwendet, muß aber dauernd beaufsichtigt und angeleitet werden. Nie wird sie selbständig werden können und zeitlebens der Anstaltsbehandlung bedürfen, da sie epileptisch geworden ist.

B., Anna. Ihre Pflegemutter meinte, sie sollte Büglerin werden. Dazu war sie zu schwach. Zuerst war Kräftigung nötig, in sorgsamer Familie bei leichtem häuslichen Dienst. Sie wurde auf Rat und Verwendung der Damen der Fürsorge Kindermädchen. Verließ die erste Dienststelle ohne Grund, — aus Torheit, ist sehr unbeständig. War in unseren Familienkolonien zur Beobachtung untergebracht. Ist noch im Dienst, fügt sich aber sehr schwer.

B., Johanna, 17 Jahre alt. Die Eltern sind gut situiert, haben ein Ladengeschäft, übernahmen Versorgung des Mädchens. Es kam vorerst nach auswärts in eine Lehrerfamilie, soll später bei den Eltern bleiben.

E., Lina, 16 Jahre alt. Vater erhängte sich. Sieben Geschwister jung gestorben. Mutter Fabrikarbeiterin. Sehr saubere kleine Mansardenwohnung. Lina hat Geschick zu Handarbeiten. Sollte in Lehrstelle zu Schneiderin kommen, tat es nicht. Klebt zurzeit Muster 1 Pf. das Stück, verdient gegen 6 Mk. die Woche. Mutter läßt sich nicht eines besseren belehren. Schwester Prostituierte, jetzt im Ausland. — Sie ist sittlich gefährdet.

F., Louise, 15 Jahre alt. Das jüngste von zehn Kindern, acht davon jung gestorben. Vater Bäckerbursche, macht ungünstigen Eindruck. Mutter ist Putzfrau. Saubere Wohnung. Ist als Bügelmädchen tätig; sie ist pünktlich und sauber, aber auch im Berufe sehr beschränkt.

F., Anna, 15 Jahre alt. Die Eltern haben ein gutgehendes Ladengeschäft, behalten das Mädchen bei sich. Der Schulbericht bei der Entlassung war günstig. Sie hat sich auch jetzt in günstiger Weise entwickelt.

H., Bertha. Geordnete häusliche Verhältnisse. Der Schulbericht günstig. Mutter möchte das Mädchen schneidern lernen lassen. Da es aber sehr schwäch-

lich ist, soll es den Sommer über zu den Barmh. Schwestern aufs Land. Günstige Aussichten.

L., Julie, 15 Jahre alt. Schlechte häusliche Verhältnisse. Eine Schwester ist liederlich. Ein Bruder hat wegen Einbruch $4^1/_2$ Jahr im Gefängnis gesessen. Die Eltern weisen aber jede Vermittlung zurück. Es ist nicht möglich, irgendwelchen Einfluß auszuüben.

M., Bertha. 15 Jahre alt. Voreheliches Kind. Sehr schwach befähigt. Guter Charakter. Einfacher, netter Haushalt. Die Mutter hatte eine Stelle als Büglerin für das Mädchen vereinbart. Sie wurde dort aber nicht angenommen, geht jetzt in eine Kapselfabrik.

R., Luise. 16 Jahre alt. Die Familie besteht aus acht Kindern, davon vier in frühem Alter gestorben. Der Vater ist seit Jahren gelähmt. Ältere Schwester ist auch schwachbefähigt. Sauberer Haushalt. Sehr gedrückte Verhältnisse. Das Mädchen ist schwächlich, kam den Sommer über nach Cronberg in eine Gärtnerei. Kam nach wenigen Tagen wegen Heimweh zurück. Auch in anderen Pflegestellen hielt sie nicht aus. Ist jetzt zu Hause.

R., Frieda, 15 Jahre alt. Vater war zwei Jahre im Zuchthause. Mutter wird günstig beurteilt. Ordentlicher Haushalt. Frieda ist an der linken Hand gelähmt. Kommt nach Schulentlassung vorerst probeweise auf vier Wochen in den Volkskindergarten als Hilfe und soll sich da gut halten.

Sch., Elise. Uneheliches Kind. Stiefvater seit zwei Jahren im Irrenhaus. Frau hat Scheidung beantragt. Lebt zurzeit mit einem anderen Mann zusammen und sieht ihrer Niederkunft entgegen. Heirat soll erfolgen, sobald Scheidung ausgesprochen ist. Frau verfertigt Papierblumen. Wollte Elise darin anlernen. Sie ist seit Pfingsten in Massenbach bei einer Milchfrau im Dienst.

Sch., Lina, 13 Jahre. Sehr arme Leute. Vater war Trinker, vielfach bestraft, starb im Irrenhaus. Bruder ebenfalls mehrfach bestraft. Mutter gichtleidend. Lina ist sehr blutarm. Soll auf einen Monat in die Walderholungsstätten, vorher Milch geliefert bekommen. Später leichte Stellung. Vielleicht bei einem Buchbinder. Hat am 27. Mai die Walderholungsstätten verlassen und ist in eine Druckerei geschickt worden.

St., Elsa. Haushalt schmutzig Frau geht täglich auf Arbeit. Mann ist selbständiger Schuhmacher, verdient aber sehr wenig. Frau will das Mädchen in die Lehre zu einer Büglerin geben. Nach Angabe der Leiterin ist Elsa sehr beschränkt und äußerst ungezogen. Wird nur aus Mitleid behalten.

S., Helene, 16 Jahre alt. Verwahrloster Haushalt. Vater ist Trinker, vielfach bestraft. Elf Kinder. Ein Bruder mehrfach bestraft. Eine Schwester leidet an Veitstanz. Die Leute betteln viel. Helene macht keinen ungünstigen Eindruck. Sie soll den Sommer über nach Cronberg. Die Elter weigern sich, das Mädchen nach Cronberg gehen zu lassen. Sie kam in eine Zuckerwarenfabrik; sie soll fleißig, pünktlich und zuverlässig sein, wurde aber bald durch die Mutter verhindert, weiterhin die Fabrik zu besuchen.

V., Margarete, 14 Jahre alt. Verwahrloster, schmutziger Haushalt. Mann Drehorgelspieler; Trinker. Mehrere Male im Gefängnis. Schulbericht des Mädchens äußerst ungünstig. Es sollte in Crouthal untergebracht werden, doch verweigert der Vater seine Einwilligung. Armenpfleger will versuchen auf ihn einzuwirken. Trotz mehrfacher Verhandlungen mit den Eltern nichts auszurichten; sie weigern sich, das Kind herauszugeben.

Z., Katharine, 14 Jahre alt. Vater starb an Lungentuberkulose. Mutter ist unterleibsleidend und fast immer bettlägerig. Ein Bruder verbüßte wegen Fahnenflucht längere Gefängnisstrafe. Das Mädchen ist moralisch sehr schwach veranlagt, muß deshalb von Hause fortgebracht werden. Antrag gestellt,

daß es in die Lehrlingsfürsorge der Waisenhausstiftung aufgenommen werde. Soll dann als Lehrmädchen in die Nordendkrippe. Mutter weigert sich entschieden, das Kind herzugeben, das schon gestohlen haben soll. Verhandlungen sind im Gange.

A., Gustav. Kind sehr armer Leute. Vielfach unterstützt. Vater und Schwester lungenleidend. Haushalt ordentlich. Gustav sei leichtsinnig und leicht verführbar. Ließ sich von anderen Jungen zu einem Zigarrendiebstahl überreden. Eltern unseren Vermittlungen gegenüber mißtrauisch. Er hat Stelle bei einem Buchbinder. Prognose ist zweifelhaft.

A., Georg, 14 Jahre alt. Vater und Bruder der Mutter Trinker. Es ist das sechste von acht Kindern. Das siebente besucht ebenfalls die Hölderlinschule. Das achte hat eine Hand ohne Finger. Von den älteren ist eins verwachsen, ein anderer besuchte auch vorübergehend die Hilfsschule. Georg soll auf Bitten der Mutter nach auswärts, da Vater ihn schlecht beeinflußt. Der Junge will Spengler werden. Seit Mitte Juni bei einem Spenglermeister, der zufrieden mit ihm ist. Er besucht die Fortbildungsschule; scheint Freude an der Arbeit zu haben.

G., Anton, 15 Jahre alt. Seine Eltern leben in guten Verhältnissen. Anton soll in eine Lehrstelle. Eltern wollen ihm später zur Selbständigkeit verhelfen. Er besucht die Fortbildungsschule, ist fleißig und ordentlich.

G., Karl. Vater war Trinker, starb 1905. Knabe wurde wegen Tod des Vaters vorzeitig aus der Schule entlassen. Schulbericht sehr schlecht. Mutter kann den Jungen nicht mit Erfolg erziehen. Er sollte nach auswärts in Sattlerlehrstelle kommen, was Schwierigkeiten machte. Er ist dann in verschiedenen Stellen kurze Zeit Ausläufer gewesen. G. wird am 19. Mai wegen Diebstahls zu drei Wochen Gefängnis verurteilt. Es ist Fürsorgeerziehung beantragt. Am 5. Juli 06 erfolgte die Unterbringung in Marienhausen, einer katholischen Erziehungsanstalt.

H., Wilhelm, 14 Jahre alt. Ordentlicher Haushalt. Mutter seit mehreren Jahren tot. Die Haushälterin des Vaters scheint mit der Erziehung Wilhelms nicht gut fertig zu werden. Vater gibt nicht zu, daß er nach auswärts kommt. Der Junge möchte Mechaniker werden. Er ist seit Mitte April in einem Blumengeschäft als Ausläufer beschäftigt.

H., Wilhelm, 15 Jahre alt. Die Mutter ist seit 1891 verwitwet. Hatte 1898 ein uneheliches Kind. Ihr ältester Sohn ist blind. Die Frau geht Waschen und wird vom Armenamt unterstützt. Die Leute betteln viel. Schulauskünfte über Wilhelm sind ungünstig. Er hat mehrfach gestohlen. Er ist auf zwei Stellen als Ausläufer beschäftigt gewesen mit einem Verdienst von 8 Mk. wöchentlich und soll jetzt nach auswärts zu einem Bäcker in die Lehre. Prognose zweifelhaft.

J., Alfred, 16 Jahre alt. Mutter starb 1903 an Schwindsucht. Älterer Bruder besuchte auch die Hilfsschule. Vater Querulant, lehnt Vermittlung für beide ab.

L., Georg. Unordentlicher Haushalt. Junge scheint moralisch schwach veranlagt. Soll auswärts zu einem Gärtner in die Lehre. Der Vater will das nicht Seit Anfang des Sommers ist er bei einem Frankfurter Gärtner untergebracht, wo er pünktlich und ordentlich seinen Arbeiten nachkommt.

N., Ernst. 13 Jahre alt. Vater Trinker. Ernst ist das jüngste von fünf Kindern. Ein älterer Bruder war lange in Idstein. Ein anderer besuchte ebenfalls die Hilfsschule. Ernst hat einen unzuverlässigen Charakter. Arbeitet seit Anfang Juli in der Amerikanischen Schuhfabrik.

St., Karl. 14 Jahre alt. Sauberer, netter Haushalt. Karl entwickelte sich in der Schule sehr gut. Er soll Schuhmacher werden. Vater hat Lehrlingsstelle für ihn vereinbart. Er hat diese Stelle nicht angetreten. Ist zu einem

Tapezierer in die Lehre gegangen. Der Vater hat einen Lehrvertrag auf drei Jahre unterschrieben. Der Meister soll mit ihm zufrieden sein.

W., Christian, 14 Jahre alt. Netter, reinlicher Haushalt. Der Junge ist nicht sehr stark. Sollte erst Schuhmacherei lernen, später zur Eisenbahn kommen. Er hat seit April Lehrstelle bei einem Tapezierer; er ist willig, fleißig und zeigt viel Geschick. Er besucht seit Juni die Fortbildungsschule.

W., Friedrich. 14 Jahre alt. Die Eltern sind sehr arme, aber ordentliche Leute. Vater hausiert mit Heiligenbildern. Die Mutter ist schwächlich, leidet an Krämpfen. Drei Kinder tot, fünf noch am Leben. Alle sehr kränklich, eins ist ebenfalls schwachsinnig. Friedrich ist das älteste. Soll den Sommer über in leichte Stelle zu Landwirt; kehrte nach einem Monat wieder zurück. Der Landwirt will ihn nicht wieder nehmen, da er Gelder unterschlagen habe!

W., Karl. Vater magen- und lungenleidend. Die Mutter (zweite Frau des Mannes) starb im vorigen Jahre. Eine Stiefschwester führt den Haushalt. Es sind drei jüngere Geschwister da. Kleine, feuchte Wohnung. Karl soll ziemlich verwildert sein. Kam nach Eberstadt als Bäcker in die Lehre und hält sich gut.

Z., Michael, 15 Jahre alt. Wohnt bei der Stiefmutter. Der Vater ist gestorben. Auch sechs Geschwister sind früh an Krämpfen gestorben. Michael kommt zu einem Gärtner in die Lehre. Wird bei seiner Schwester Frau P. wohnen, da Stiefmutter keinen einwandfreien Lebenswandel führen soll. Er ist bei dem Kunstgärtner auch jetzt noch tätig.

Sch., Fritz, 17 Jahre alt. Wegen widrigen Verhaltens der Eltern ließ sich nichts für das Kind tun. Ist Ausläufer geworden.

V., Dorothea. War anfangs in einer Lehrstelle als Kleidermacherin tätig, die Eltern sorgen für das Kind. In neuerer Zeit hat sie die Mutter aus der Lehre fortgenommen, weil auch sie für die Familie verdienen soll. Erst Näherin, dann Lackiererin. Führt sich ordentlich.

E., Katharina. 18 Jahre alt. Wird von ihrem Vater, einem Fuhrmann gebraucht, um ihm „Langholz zu gehen". Da der Vater hierdurch einen Tagelöhner spart, will er die Tochter nichts lernen lassen. Sie treibt sich im Stall bei den Kutschern herum. Bisher war nichts dagegen zu machen. Körperlich gut entwickelt. Bisher ordentlich geblieben. Die Prognose ist aber sehr zweifelhaft.

Das allgemeine Ergebnis der bisherigen Arbeiten des „Frankfurter Hilfsausschusses zur Fuersorge für Minderwertige" war etwa folgendes: Für einen Teil der von uns versorgten minderwertigen Kinder — meist Hilfsschulzöglinge — haben wir Angaben über den Erfolg unserer Tätigkeit zu gewinnen gesucht. Dies war natürlich nur möglich, wo mindestens zwei Jahre seit der Schulentlassung vergangen waren, und auch da nur in den allgemeinsten Umrissen, wie aus vorstehenden Auszügen aus den Akten der Zentrale für private Fürsorge zu ersehen ist. Mehr als die Hälfte der erfolgreichen Fälle bedarf noch weiterer Stütze; der eigentliche Erfolg, die soziale Bewährung im Leben, steht bei den meisten noch aus. Von 90 Fällen wurde in 17 (4 Knaben, 13 Mädchen) jede Hilfe durch die Eltern unmöglich gemacht. „Das Bürgerliche Gesetzbuch fordert zum Eingreifen des Richters für die Kinder ein Verschulden der Eltern, das bei den Eltern der minderwertigen Kinder meist nicht nachzuweisen ist. Die weiteren Handhaben des Artikels 136 des Einführungsgesetzes (§ 3

des Preuß. Fürsorgeerziehungsgesetzes) sind für unseren Zweck in Preußen ganz unbrauchbar, da das Kammergericht den Nachweis verlangt, daß die Verwahrlosung schon eingetreten sei. Wir müssen das als „ganz ordentlich" aus der Schule entlassene Kind erst verwahrlosen sehen — ehe das Gesetz uns zu Hilfe kommt. Es greift zu spät ein — dann aber hat das Einschreiten wenig Nutzen mehr". (Dr. Chr. Klumker.)

17 Kinder (10 Kn., 7 M.) wurden unter unserer beratenden oder tätigen Mithilfe von ihren Eltern selbst versorgt.

In 24 weiteren Fällen können wir mit den Erfolgen bisher wenigstens einigermaßen zufrieden sein.

Sehr häufig, in 39 Fällen, mußten mehrfach die Lehr- und Dienststellen gewechselt werden; in zwölf (9 Kn. 3 M.) war schließlich gar nichts zu erreichen; alle Mühe war vergeblich. In 17 (9 Kn. 8 M.) ließ sich nach mehrfachem Wechsel doch noch ein günstigeres Ergebnis erreichen. Unendlich erschwert wurde uns diese Arbeit dadurch, daß uns noch immer eine Anstalt zu genauer Beobachtung und Arbeitsgewöhnung fehlt. Nur soweit wir die Kinder Herrn Dir. Sioli für seine Beobachtungsstation Jugendlicher übergeben konnten, gewannen wir zumeist rasch eine sichere Unterlage für unser Handeln. In allen anderen Fällen waren wir auf ein unsicheres Experimentieren angewiesen.

25 Fälle mußten dauernd in Anstalten untergebracht werden.

Es wird keinen Psychiater und keinen Pädagogen überraschen, wenn er aus vorstehendem ersieht, wie mangelhaft unsere Erfolge gewesen sind, trotzdem wir uns der verständigen und eifrigen Unterstützung mehrerer in der Armen- und Waisenpflege erfahrener Männer und Frauen zu erfreuen hatten, die teils kundige Beamte der Zentrale, teils freiwillige menschenfreundliche Fürsorger für unsere Schutzbefohlenen waren. Es ist wohl möglich, daß hier und da bei Verwendung noch größerer Geldmittel, als sie uns bisher zur Verfügung standen, im Einzelfalle mehr zu erreichen gewesen wäre. — Aber das macht es allein nicht aus. Wir haben einigemal trotz relativ hoher Summen, die in die Anstalten flossen, Dauererfolge nicht zu erzielen vermocht. Es befestigt sich immer mehr die Überzeugung in uns, daß es uns an Einrichtungen für die Versorgung von Minderwertigen fehlt, die von ganz anderen Voraussetzungen ausgehen müssen, als die bestehenden Irrenheilpflege- und Idiotenanstalten, sowie die Rettungs- und Besserungshäuser, bzw. die Fürsorgeerziehungsanstalten, auf die ich später noch zu sprechen komme. Es scheinen uns da ganz neue Gesichtspunkte notwendig zu sein.

## Die Arbeitslehrkolonie.

Zwei Praktiker auf dem Gebiete der Fürsorge für erwachsene Imbezille, der durch seine ausgezeichneten Schriften über den Schwach-

sinnigen bekannte Ingenieur A. Grohmann von Zürich und die Hilfsschullehrerin Fräulein Stefanie Hofmann in Gräbschen bei Breslau, sind wohl die ersten gewesen, denen es gelungen ist, den gefährdeten Imbezillen eine Stätte zu schaffen, in der sie eine nützliche Arbeit lernen konnten.

Ingenieur A. Grohmann leitete eine entsprechende Privatanstalt, die ursprünglich für Neurastheniker bestimmt war, bald aber zumeist Imbezille zu Zöglingen hatte, in Zürich einige Jahre lang, mußte sie aber in Rücksicht auf seine eigene Gesundheit wieder aufgeben; er hat das Ergebnis seiner vortrefflichen Beobachtungen, die einem Laien alle Ehre machen, in verschiedenen mustergültigen Schriften niedergelegt: Frl. Stefanie Hofmann aber begründete zuerst auf eigenes Risiko eine „Arbeitslehrkolonie“ Ostern 1903 in einem Vorort von Breslau. — Sie hielt es für notwendig, den Schwachbegabten, die ihre Schulpflicht auf den Breslauer Hilfsschulen beendet hatten und sich dann vielfach arbeitslos auf den Straßen herumtrieben, ein Heim zu schaffen, in dem sie den Tag über Aufsicht und Verpflegung, aber auch, wenn nötig, Nachtquartier finden sollten. Gleichzeitig sollten sie ein bestimmtes leichtes Handwerk lernen, unter Anleitung von Meistern, die sich den Bedürfnissen der Schüler und ihren Eigentümlichkeiten anzupassen verständen. Einige wenige Stunden sollten auch der schulmäßigen Fortbildung gewidmet sein, zur Festigung ihrer Kenntnisse. Sämtliche Zöglinge werden in der Kolonie beköstigt. Es werden Arbeiten im Gemüsegarten, Stuhl- und Korbflechtearbeiten verrichtet. In der Küche helfen einige Mädchen unter Aufsicht einer Wirtschafterin, die ebenfalls der Hilfsschule entstammen: Die Armendirektion von Breslau hat der Leiterin in den letzten Jahren einen kleinen Zuschuß gewährt; es ist ihr das Recht gegeben, ihre Zöglinge bis zum 20. Jahre zu behalten; es hat sich in Breslau ein Fürsorgeverein gebildet, der sich auch der aus der Arbeitskolonie Entlassenen annehmen will. Alle Schwachsinnigen, die zu Straftaten oder anderen schweren moralischen Vergehen neigen, sind von der Aufnahme ausgeschlossen.

Die Berufsbildung der Minderwertigen, die auf diesem Wege versucht worden ist, hat meines Erachtens eine wichtige ärztliche und soziale Bedeutung.

Die Konferenzen, die unter persönlicher Teilnahme Grohmanns wegen der Begründung einer „Arbeitslehrkolonie bei Frankfurt a. M.“ in der Zentrale für private Fürsorge stattfanden, haben leider für Frankfurt praktische Folgen aus äußeren Gründen bisher noch nicht gezeitigt, aber sie hatten doch ein Gutes: eine erfreuliche Übereinstimmung aller Beteiligten. Verwaltungsbeamte, Ärzte, Pädagogen, praktische Arbeiter auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge, Armen- und Waisenpfleger — sie waren ohne Ausnahme von der Notwendig-

*keit der Einrichtung von ärztlich streng beaufsichtigten Arbeitslehrkolonien* überzeugt. Wo ein Wille ist, da ist ein Weg.

Wir Ärzte dürfen, *weil wir den angeborenen oder früh erworbenen Schwachsinn nicht heilen können*, nicht müde werden, zu betonen, daß der *Schwachsinn*, der die Grundlage bildet für Verirrung, für Trunksucht, für Vergehen und Verbrechen, für Prostitution, aber auch für geistige Erkrankung verschiedenster Art, *die Aufmerksamkeit aller erfordert, die ein soziales Gewissen haben. Den Trägern dieser teils traurigen und bemitleidenswerten, teils gefährlichen Minderwertigkeit muß von den geistig Stärkeren mit allen Mitteln geholfen werden.*

Dr. *Sioli*, Direktor der Frankfurter Irrenanstalt, besuchte die Breslauer Kolonie zu Gräbschen im Herbste 1904 und gab uns einen eingehenden Bericht über deren Einrichtungen. Wenn auch aus örtlichen Gründen jede Stadt, jede Provinz, jeder Staat (ich erinnere an die großen oben genannten Anstalten in Sachsen, die Dr. med. *Meltzer*, jetzt in Chemnitz, beschrieben hat) es anders machen wird, so wirkt doch *Siolis* Schilderung, die ich schon kurz skizzierte, so ermutigend, daß eine Verbreitung und eine Vertiefung der Idee einer Gründung von Arbeitslehrkolonien mir nicht bloß von ungemein hohem sozialen Wert, sondern auch von psychiatrischem Interesse erscheint. Mit Recht sagt *Meltzer* l. c. p. 575 wörtlich: „Ob der Schwachsinnige lesen und schreiben kann, ob er überhaupt in diese oder jene Schulklasse gelangt ist, darauf kommt es gar nicht an. Hauptsache ist, daß er sich einmal ohne zuviel Schwierigkeiten in diejenigen Verhältnisse, in die er nach der Entlassung aus der Anstalt kommt, zu schicken weiß und zu seinem Lebensunterhalte möglichst viel beitragen kann."

Diese Arbeitslehrkolonien für Schwachsinnige, ob sie nun selbständige Gebilde sind, oder, was nicht immer vorteilhaft sein wird, sich an Idioten- oder Irrenanstalten anschließen werden, sollen nicht bloß der Erziehung zur Arbeit, Pünktlichkeit und Ordnung, sondern auch der *Beobachtung von Minderwertigen* dienen, und zwar sowohl im psychiatrischen wie im sozialen Sinne. Denn es kann und wird sich hier ein moralischer Defekt oder eine wirkliche Geistesstörung sehr bald kundtun (Hebephrenie, Katatonie, Epilepsie, degenerative Irrseinsformen), die besondere Bedingungen nötig machen.

Andererseits wird der Erfolg des Individuums in der Arbeitslehrkolonie einen Prüfstein bilden für die Frage, ob der Minderwertige überhaupt für die „freie Lehre" und für welchen Beruf er tauglich werden kann, oder ob er dauernd in ein „Heim für Unselbständige" unterzubringen ist, das ihm verschiedenen Idiotenanstalten jetzt schon

bieten. Die Familienpflege, bzw. Unterkunft beim Lehrherrn ohne vorhergegangene Anstaltsbeobachtung eignet sich für Unterbringung nicht mehr schulpflichtiger, eben schulentlassener größerer Kinder, die minderwertig sind, nur in sehr vereinzelten Fällen. Denn von den Pflegeeltern ist, wie ich schon oben ausgeführt habe, ein gründliches Studieren der Charaktereigentümlichkeiten und Fähigkeiten solcher Pflegebefohlenen selten zu erwarten.

In jenen Konferenzen kam ferner zum Ausdruck, daß das intellektuell und moralisch gesiebte Schülermaterial der Hilfsschule einer Großstadt, das gewissermaßen eine „Reinkultur der Imbezillität“ darstellt, dem Psychiater vielfach anthropologisch und physiologisch bedeutsame Fälle darbietet: Die starken Änderungen der Psyche, die bei Schwachsinnigen bekanntlich gerade um die Geschlechtsreife eintreten, die allgemeinen Fragen ihrer „Anstelligkeit für Beruf und Arbeit“, die Fähigkeiten zur Selbstbestimmung und Freiheit sind nicht bloß soziale Fragen von Wichtigkeit — das sind auch psychiatrisch-klinische Aufgaben, die noch einer wissenschaftlichen Bearbeitung harren. Denn es fragt sich, ob in den Irrenheil- und Pflegeanstalten noch Raum und Zeit bleibt für diese psychiatrisch-pädagogischen Probleme — und ob nicht der längere Aufenthalt in diesen Anstalten, die zumeist von abnormen Erwachsenen besetzt sind, nach verschiedenen Richtungen ungünstig auf die kindliche Psyche der Schwachsinnigen einwirkt. Gerade die Debatten über die Stellung der Irrenärzte zum Fürsorgeerziehungsgesetz, auf die ich später ja noch eingehen muß, haben darin manche neuen, mit den vorstehenden übereinstimmenden Gesichtspunkte ergeben.

Ich möchte hier einige forensische Bemerkungen zu der Stellung der versicherungspflichtigen Imbecillen im Krankenkassen- und Unfall-Versicherungsgesetz einflechten, die sich mir aufdrängen, da ich mehr als zwei Jahrzehnte bei mehreren größeren Berufsgenossenschaften als Vertrauensarzt für Nervenleiden nach Unfällen tätig bin und früher spezialärztlicher Kassenpraxis obgelegen habe. Gerade die hartnäckigsten, zu jahrelanger Erwerbsunfähigkeit führenden Formen der rein funktionellen Nervenstörungen nach psychischen und nach somatischen Traumen kommen bei all jenen leicht schwachsinnigen Menschen vor, die im Arbeiterstande zahlreich zu finden sind. Ferner gehören die unendlich vielen Arbeiterkategorien, die durch ihre starke Morbidität den Krankenkassen zur Last fallen und deretwegen sowohl in ärztlichen, sowie in manchen sozialpolitischen Kreisen zur Entlastung der Kassen eine „Arbeitslosenversicherung“ gewünscht wird (s. Verhandl. des deutschen Ärztetages 1906 in Halle) zu jenen minderbegabten, debilen oder imbezillen Menschen mit denen sich dieser Aufsatz beschäftigt. Ihre rechtzeitige Beobachtung, Behandlung und Versorgung scheint mir gerade in diesem Sinne besonders de lege ferenda eine modern sozial-

hygienische Aufgabe des Ärztestandes zu sein. — Von dem täglich hier in Frankfurt zu zahlenden Krankengeld z. B. fällt nach Schätzung des dem Arbeiterstande entstammenden Vorstandes der Ortskrankenkasse etwa ein Viertel solchen Individuen zu, (ca. 6000 Mk.: 1500 Mk.) die arbeitslos weil mangelhaft arbeitsfähig sind.

Was in den Beratungen zu Frankfurt a. M., wo die Frage eine brennende wird, da in den vier Hilfsschulen im Laufe der nächsten Jahre alljährlich durchschnittlich 40 bis 50 schulentlassene Knaben und Mädchen zu versorgen sein werden, für notwendig erklärt wurde, spiegelt sich in dem Gutachten wider, das Ingenieur A. Grohmann (Zürich) nachträglich uns erstattet hat. Ich gebe hier einen Auszug davon. A. Grohmann schreibt:

„Ich setze voraus, daß man für den Anfang mit nur geringen Geldmitteln anfangen werde und nur an männliche Zöglinge und in kleiner Zahl (von etwa 30—50) denke, und daß man wegen Mangel an Erfahrung in der Sache anfangs es vermeiden wolle, zuviel festzunageln und vorzugreifen.

Die für die Anstalt vorgesehene psychiatrische Beobachtung denke ich mir Sache eines in Frankfurt wohnenden Arztes, der regelmäßig und oft die Anstalt besucht und deren oberster Leiter und Vertreter nach außen ist, dem auch zukommen wird, die (psychiatrisch-pädagogischen) wissenschaftlichen und (in Verbindung mit der Direktion) die administrativen und technischen Erfahrungen in der Anstalt der ferner stehenden Außenwelt periodisch zu berichten, damit die gemachten Erfahrungen auch anderen zu Nutzen werden. Dem Arzte unterstellt denke ich mir einen Hausvater, der den Tagesdienst überwacht, der Erzieher der Zöglinge und der Wirtschaftsleiter der Anstalt selbst (im engeren Sinne) ist.

Die Lage der Anstalt denke ich mir so: In einer Entfernung von höchstens einer Stunde Bahnfahrt von Frankfurt a. M., in einem Dorfe, das außer Landwirten zahlreiche Vertreter jener einfachen Handwerke hat, die sich nebenbei auch für die Beschäftigung Minderbegabter eignen (was bei den meisten stark vertretenen Handwerken der Fall ist), in einer Gegend, die nicht viel Großindustrie mit dem ihr anhängenden Proletariat, Alkoholismus und Sittenverderblichkeit hat, nicht viele Wirtschaften und sonstige moralische, ev. auch mechanische Gefahrquellen hat. Aber auch nach der entgegengesetzten Seite darf nicht zu weit gegangen werden. Nicht draußen in der Einöde und außerhalb des Verkehrs, sondern in lebhafter Fühlung mit einem bescheidenen Verkehr und einer zahlreichen Bevölkerung aus den gut bürgerlichen unteren und mittleren Ständen sollte die Anstalt dastehen. Auf landschaftlich schöne Lage würde ich bei einer Anstalt für Nervenleidende und Gemütskranke, nicht aber bei einer Anstalt für Schwachsinnige großes Gewicht legen. Freundliche Außenerscheinung der Anstalt ist wünschenswert, fast mehr aus Rücksicht auf die Leichtfertigkeit in Urteilsbildung und Gefühlsbetonung auf seiten der Eltern der Zöglinge und anderer Besucher, als aus Rücksicht auf die schwachsinnigen Bewohner der Anstalt.

Die Gliederung der Anstalt. Die Anstalt hat Zöglinge in folgenden drei Stufen: 1. Die unterste Stufe ist für alle Neueintretenden — soweit sie den Anstaltsleitern noch unbekannt sind — sowie für alle, die intellektuell zu niedrig stehen oder noch nicht genügend gefestigt sind, als daß sie in die oberen Stufen fortschreiten könnten, oder die aus sonstigen Gründen vorübergehend oder dauernd schutzbedürftig sind, sodann für die, die nicht für längeren Verbleib, sondern zur Beobachtung und Begutachtung eingebracht worden sind. Diese Zöglinge finden Wohnung,

Kost und Beschäftigung innerhalb des engeren Anstaltsgebietes. 2. Die mittlere Stufe hat Wohnung und Kost in der Anstalt, die Beschäftigung (ev. einschließlich des Mittagessens) bei Landwirten und Handwerksmeistern im Orte (innerhalb dessen die Anstalt liegt). Diese Verdingung bei den Landwirten und Handwerksmeistern sowie die fortwährende Beaufsichtigung dieses Verhältnisses geschieht durch die Anstalt. Desgleichen eventuelle Entschließung in Sachen eines Wechsels des Meisters (Wechsel wird vielleicht öfter notwendig sein, als bei den Fürsorgefällen). 3. Die obere Stufe hat Wohnung, Kost und Arbeit außerhalb der Anstalt, wobei auch größere Entfernungen zulässig sind. (Im übrigen wie bei 2.) (In der ersten Zeit nach Eröffnung der Anstalt wäre nur die unterste Stufe vorhanden. In ihr würden sich dann bald die Kandidaten für die oberen zwei Stufen herausbilden.)

Sollte das eine oder andere besonders geeignete Handwerk nicht im Orte vertreten sein, so könnte zwar die Niederlassung eines Meisters von diesem Handwerk veranlaßt werden; im allgemeinen sollten aber solche Künsteleien vermieden werden. Sorgfalt bei der Wahl des Ortes und dann möglichstes Anschmiegen an die Verhältnisse desselben ist das Wesentlichste. Es sollte erstrebt werden: eine solche Beliebtheit der Anstalt bei den Meistern, daß sich daraufhin Jungmeister zur Niederlassung im Orte entschließen.

Die Arbeitsgelegenheiten in der Anstalt. Die Hauptsache sollte Landbau und Viehwirtschaft sein, in der seit jeher bewährten Anschauung, daß der Schwachsinnige in ihr die ihm angemessenste und nach der Intellekthöhe und Geschicklichkeit am bequemsten abstufbare Aufgabe findet (Arbeit und Lebenshaltung unserer Urahnen, zu der der Minderfähige wieder zurückkehrt). Auch die bei Schwachsinnigen vielfach sich zeigende Unfähigkeit, sich reinlich zu halten und manches Analoge kann innerhalb dieser Beschäftigung noch eher geduldet werden. Damit will ich nicht vorschlagen, die Reinlichkeit bei den Zöglingen zu vernachlässigen, nur wird hierin bei manchen mit allen Ermahnungen nichts erreicht. Sie sind Virtuosen im Schmutzigwerden. Auf Tierhaltung (besonders auch Kleinvieh der verschiedensten Art) würde ich besonderes Gewicht legen wegen seiner Wirkung aufs Gemüt. In ihr wird das beste Band zum Fesseln manchen Zöglings an die Anstalt gefunden werden. Jeder, der will, kann sein eigenes Kaninchen oder Meerschweinchen halten. Mancher Freundschaftsbund zwischen Mensch und Tier wird hier erstehen. Dem Gleichgültigen wird ein Vorbild geboten, der Tierquäler erkannt, überhaupt Dinge aus dem Gebiete der Moral, Charakter und Neigung praktisch erforscht und ausgenutzt werden.

Die den Gebäuden näher liegenden Ländereien sollten mehr im Sinne einer primitiv betriebenen Gemüsegärtnerei herangezogen werden, also unter Ausschluß alles Schwierigen und Kunstmäßigen in der Gärtnerei, mit ihren sehr viel Umsicht, Erfahrung und Kenntnisse erfordernden Verhältnissen. Zuerst Rücksicht auf den eigenen Bedarf; Überschuß werde verkauft.

Fernere Berufsarbeiten innerhalb der Anstalt. Es wäre bei Errichtung einer Anstalt für mehrere hundert Zöglinge zulässig, diese in mehreren Dutzenden primitiven Berufen resp. zu Hilfskräften in komplizierteren auszubilden, und vielleicht wird eine fernere Zukunft solches bringen im Sinne einer weitgetriebenen Rücksichtnahme auf individuelle Fähigkeiten eines Zöglings (resp. Rücksichtnahme auf Unfähigkeiten) auf Grund einer hochentwickelten Kenntnis und Erfahrung in diesen Dingen. Diese letzteren sind aber heutzutage noch mangelhaft, und da es sich im vorliegenden Falle überhaupt nur um eine Anstalt für wenige Dutzend Zöglinge handelt, so ist eine Einschränkung auf einige wenige Berufe schon aus Rücksicht auf die Kosten für Einrichtung und Betrieb geboten, da jeder durch einen Lehrmeister vertreten sein muß. Ich halte es, was den Endzweck

der Anstalt betrifft, für ziemlich gleichgültig, welche Berufe gewählt werden. Es können also die gewählt werden, die in der Frankfurter Gegend sich besser rentieren. Als solche sind mir von einem Orts- und Sachkundigen genannt worden: Mattenflechten, Seilerei und besonders Bürstenfabrikation, Arbeiten, in denen ich keine eigenen Erfahrungen habe, die ich aber in zahlreichen Anstalten für Minderfähige antraf. Vielleicht ist es möglich, die zwei erstgenannten von einem einzigen Meister lehren zu lassen (geringe Kosten durch Benutzung von Motoren usw.).

Das Endresultat der Beschäftigung der Zöglinge wäre: 1. Bei den Zöglingen der mittleren und oberen Stufe: Volle Berufsausbildung (mit der der individuellen Veranlagung entsprechend abgestuften Leistung und Verdiensthöhe natürlich) innerhalb der Landwirtschaft und den vielleicht sechs bis acht im Orte vertretenen Berufen. 2. Bei den Zöglingen, die in der untersten Stufe bleiben oder die nach vergeblichem Versuch in diese zurückversetzt werden mußten: meistens nicht „volle Berufsausbildung“, wohl aber ein Sichnützlichmachen in der Landwirtschaft oder einer der zwei oder drei genannten Anstaltsbeschäftigungen, sei es, daß sie entweder in der Anstalt versorgt bleiben oder bei passender Gelegenheit untergebracht werden; jedenfalls und wohl in allen Fällen Herabminderung der Zuschüsse, die zu ihrer Erhaltung andernfalls nötig wären, resp. vollständiges Ersparen derselben in den günstigsten Fällen, und jedenfalls auch gesündeste Regelung der Lebensweise und moralischer Halt fürs Leben, soweit als überhaupt möglich, endlich: Verbilligung des Anstaltsbetriebes durch Selbstherstellung vieler Lebensmittel und Verkauf von Arbeitsprodukten.

Als ganz Spezifisches aber und ganz Neues, worin die Anstalt für die Zöglinge äußerst segensreich wirken wird, und geradezu als Hauptsache der ganzen Idee und Anlage möchte ich hervorheben: Die hier genannten Endziele werden auf vernünftigem, humanem und billigem Wege erreicht, was bei vielen Fällen von Erziehung und Berufsheranbildung Schwachsinniger im Elternhause nicht der Fall ist.

Es ist mir beim Versorgen von Minderwertigen seit Jahren immer und immer wieder aufgefallen, mit welch großen Kosten, in welch holpriger und grausamer Weise, wenn überhaupt, erreicht wird: die richtige Lebensfürsorge von Schwachsinnigen, sowohl allgemein wie speziell in Richtung auf die Berufswahl und Berufsbildung. Die einfältigsten Experimente werden gemacht, der junge Mensch von einem Meister zum andern abgeschoben, nichts wird dabei gelernt, keine Erfahrung aufgespeichert, um für andere Fälle nutzbringend verwendet werden zu können, sie veranlassen Entzweiung ihrer Angehörigen und werden schließlich in Irrenanstalten und Zuchthäusern dem Staat oder Privatanstalten zugeschoben: als Kunstprodukte der Vernachlässigung in einen Topf geworfen. Bei den Reichen und „Gebildeten“ geht es hierin oft noch ärger zu als bei den Armen und Ungebildeten, da bei ersteren mehr Geld fürs Experimentieren da ist als bei den anderen, die einfach nur vernachlässigen ...

Aber auch Erfreuliches habe ich auf diesem Gebiete kennen gelernt: es ist die Tatsache, daß es unter den Irrenärzten Menschen gibt, die es verstehen, diejenigen Fälle, die ihnen in obengenannter Art zugeführt werden, zu korrigieren, falls sie noch jung genug sind, um nicht verpfuscht zu sein. Der Prozeß dieser Bereinigung war meist ein so einfacher und so selbstverständlicher, daß ich hier kaum genug harte Worte gebrauchen könnte, wenn ich die Unfähigkeit und Gleichgültigkeit der Angehörigen schildern sollte, die jene Verschwendung an Menschengut bewirkt hatten oder nahe daran waren, es zu tun. Der Weg dieser Bereinigung war — und er wird für die neue Anstalt derselbe sein, und zwar unter wesentlich besseren Aussichten als bei den Fällen im Irrenhause: Versetzen in ein neues, indifferentes Milieu, mit Reinlichkeit und Ordnung, richtiger Kost (hierzu gehört auch Alkohol-

abstinenz), Befreitwerden von erregenden Anlässen, liebevolle Form der Ansprache und Behandlung, passende Arbeit, also: lauter Dinge, die gewiß selbstverständlich sind und wenig Geld kosten. Sodann: Kennenlernen der Veranlagung des einzelnen Menschen auf darauf gestützte Maßnahme für die Zukunft. Die einzigen Fälle, die ich in meinem Leben kennen lernte, die mir wie wahre Menschenumwandlung vorkamen, waren solche Irrenhausfälle. Wenn solche Individuen, zufriedener geworden, in der Ernährung gehoben, im Gemüt beruhigt, die Anstalt verließen, hat man mit ihnen viel mehr unternehmen können. „Sehr leicht zu behandeln," hieß es da oft mit Recht. Ich muß riskieren, daß diese meine Zeilen von Personen, die außer Fühlung mit dem Irrenhause sind, gelesen und beurteilt werden, und ich sehe voraus, daß sie in meinen Worten Übertreibung und Erfindung erblicken werden. Aber ich stehe zu dem Gesagten und möchte als Summe des hier Gesagten fragen: Ist es denn notwendig, daß einer erst auf dem Umwege des Verbrechens und des Irrenhauses dazu komme, die genannten Vorteile zu erhalten? Theoretisch ist zwar so zu antworten: Entweder a) kann sich einer selber freiwillig dem Irrenarzte stellen zur Untersuchung, oder b) psychopathologische Untersuchung sowie die hier für uns in Betracht fallende Beobachtung in bezug auf Arbeits- und Berufsanlage könnten auch außerhalb der Irrenanstalt geboten werden. Praktisch verhält sich die Sache aber so: ad a) Die allgemeine Abneigung und Furcht vor dem Irrenhause verhindert es; ad b) die Untersuchung außerhalb der Irrenanstalt ist meist nicht erreichbar, da es nicht genug psychiatrisch gebildete Ärzte außerhalb der Irrenanstalten gibt. In Hinsicht auf Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der zu Untersuchenden kommt hier hinzu, daß diese Ärzte auch nicht (wie für die geplante Anstalt vorgesehen) über die technischen Einrichtungen und genügend lange Beobachtungszeit verfügen, um verantwortungsvolle Vorschläge machen zu können. Es liegt zu sehr außerhalb des Rahmens der ärztlichen Tätigkeit, da es mehr im Gebiete der Handwerkstechnik liegt oder vielmehr eine Kombination von beiden ist. Das spezifisch Neue der geplanten Anstalt ist also: Psychiatrische Beobachtung 1. in offener Anstalt, die als solche und als Anstalt neuer Art nicht an dem aus früheren Jahrhunderten hergeschleppten Vorurteil zu leiden haben wird, 2. auch während der Arbeit, 3. zu einer Zeit, hevor noch Verbrechen, Entgleisung und jahrelange schlechte Angewöhnung stattgefunden haben . . ."

Die unterste Stufe der Anstalt denkt sich G r o h m a n n als geeignete psychiatrische und in gewissem Sinne soziale Beobachtungsstation: unter der Voraussetzung, daß die Anstalt eine offene ist, daß volle Alkoholabstinenz von allen Beteiligten, Beamten und Zöglingen, herrscht, und daß auch durch ein besonderes Aufsichts- und Fürsorgekomitee die Ortseinwohner, die Landwirte und der Handwerksmeister für die Zwecke der Anstalt dienstbar gemacht werden. Dann könnte man sie auch noch für manche ganz junge, unbestrafte Fürsorgezöglinge insoweit verwenden, als eine psychiatrische Untersuchung und Beobachtung zusammen mit einer Arbeitserprobung noch wünschenswert und möglich ist. Es heißt darüber l. c.: „Die Arbeiten in der Landwirtschaft, Viehhaltung und Gemüsegärtnerei und die mancherlei kleinen Haushaltungsposten gäben diesen Beobachtungsfällen auf kurze Dauer Gelegenheit zu gesündester Tätigkeit meist im Freien, in sehr verschiedenen Arbeiten und bei knapper Beobachtung durch eine Reihe Angestellter auf Geschicklichkeit, Ausdauer, resp. Ermüdbarkeit, Gemütsverhalten, Gesellschaftsfähig-

keit, Geselligkeit, Verträglichkeit, als Ergänzung zur Beobachtung durch den Arzt unter vier Augen."

Grohmann legt Wert darauf, daß alle verwöhnten und verpfuschten Frühverblödeten aus besseren Ständen (vor allem Hebephreniker und Epileptiker), „aus denen zumeist doch nichts wird", möglichst von der Arbeitslehrkolonie ferngehalten werden.

Es ist die Arbeitslehrkolonie namentlich für solche Schwachsinnigen gedacht, denen das Elternhaus nicht den nötigen Schutz bietet. — Aus meiner Erfahrung weiß ich, daß nicht bloß arme Familien die Begründung und Weiterführung einer solchen Arbeits- und Erziehungsstätte für ihre schwer erziehbaren imbezillen Kinder dankbar begrüßen würden, sondern daß auch bemitteltere Stände, die ratlos vor der Frage stehen: „Wohin mit dem schwächlichen, unfähigen Geschöpf?" durch Erziehungsbeiträge das Unternehmen gern fördern würden.

Außerordentlich empfehlenswert scheint unter den privaten Unternehmungen der gedachten Art mir die landwirtschaftliche Gärtnerschule für Jünglinge besserer Stände zu „Gut Perle" in Huchtingen bei Bremen zu sein. Sie wird von dem bekannten Bremenser Hilfsschulleiter Direktor A. Wintermann geführt. Dem Prospekt entnehmen wir folgendes:

„Die landwirtschaftliche Gärtnerei hat den Zweck, Jünglingen, denen es aus irgend einem Grunde nicht möglich ist, eine passende Lehre zu bekommen, geeignete Ausbildung zu verschaffen. Die Gärtnerei bietet mit ihrer vielfachen Verzweigung, mit ihren leichten und schwierigeren Anforderungen an den Lernenden ein Arbeitsgebiet, denen der Schwache gewachsen ist und in dem auch der Stärkere seine volle Befriedigung findet.

Sie ist in der Gemeinde Huchtingen belegen und von der Stadt Bremen aus zu Fuß in $1\frac{1}{2}$ Stunden, mit der Bahn in acht Minuten zu erreichen. Vom Bahnhof Huchtingen — Strecke Bremen-Oldenburg — kann man in einer halben Stunde dorthin gelangen. In einem schon vorhandenen Garten ist ein hübscher, praktisch und bequem eingerichteter Neubau aufgeführt. Derselbe enthält außer Keller und Küche mehrere größere und kleinere Zimmer. Ein Speise- und Tageszimmer sowie eine große Veranda dienen den jungen Leuten in der freien Zeit zum Aufenthalt. Das Wirtschaftsgebäude enthält die nötigen Stallungen für Ziegen, Schweine, Pferd und Geflügel. Geflügelzucht soll umfangreich betrieben werden. Der Garten beim Hause ist mit einer hohen Dornenhecke umzäunt und hat eine sehr geschützte Lage. Ein großer, neu gebauter Pavillon und mehrere Lauben, Obstbaum-, Strauch- und Koniferenanpflanzungen sowie Rasenflächen und Beete machen denselben zu einem gemütlichen Aufenthalt. Die Gewächshäuser liegen neben dem Wohnhause und sind mit Zentralheizung versehen. Sie dienen den Topf-, Wein- und Rosenkulturen. Mistbeete und Fensterkästen nehmen die jungen Sämlinge und die zu treibenden Pflanzen auf. Das ganze Grundstück umfaßt einen Inhalt von 2 ha und gliedert sich nach Baumschulen, Beerengarten, Strauchanlagen, Gemüsegarten und einem kleinen Felde für Kornbau. In den Baumschulen werden alle Sorten Kern- und Steinobst herangezogen, im Gemüsegarten alle möglichen Gemüsearten. Auch Sommerblumen und Stauden finden ihre Pflege, werden vermehrt, veredelt und gebunden. Auf Samengewinnung, auch neuerdings auf Spargelzüchtung wird

ebenfalls Gewicht gelegt. Die Oberleitung im Gartenbau besorgt ein gebildeter, im Wesen sehr ruhiger und in allen Zweigen der Gärtnerei erfahrener Obergärtner, dem ein Gehilfe zur Seite steht. Er leitet auch die jungen Leute nach Wintermanns Angaben bei den gärtnerischen Arbeiten an, dabei die Individualität genau beachtend, und sorgt dafür, daß sie auf allen Gebieten der Gärtnerei Ausbildung erhalten. Im Winter bieten die Gewächshäuser und bei günstigem Wetter auch der Garten ausgiebige Arbeitsgelegenheit; daneben wird Handfertigkeit getrieben, soweit dieselbe zur heruflichen Ausbildung in Beziehung zu bringen ist. Das Hauswesen besorgt die Frau des Direktors. Ein Fortbildungsunterricht, der gleichzeitig besteht, soll bei den jungen Leuten befestigen und erweitern, was sie sich in den Jahren ihrer Schulzeit aneigneten. Sie sollen Lektüre treiben, ihre geschichtlichen und geographischen Kenntnisse vervollkommnen, Geschäftsaufsätze anfertigen, das bürgerliche Rechnen weiter üben, die einfache Buchführung lernen und mit dem Theoretischen der Gartenbaukunst vertraut gemacht werden; Kataloge und Auszüge aus anderen Verzeichnissen zusammenstellen, Temperaturlisten machen, Aufträge und Bestellungen schreiben, Pflanzenkunde treiben u. dgl. m. Dieser Unterricht wird in der Hauptsache vom Direktor erteilt und umfaßt wöchentlich acht Stunden neben Turnen und Zeichnen. Für vollständige Pension inkl. Wäsche und für Unterricht sind je nach Ansprüchen und äußeren Verhältnissen vierteljährlich 200 bis 250 Mk. im ersten Jahre vorauszuzahlen. Eine bestimmt begrenzte Lehrzeit läßt sich im allgemeinen nicht festlegen, jedoch soll der Pensionssatz für spätere Lehrjahre herabgesetzt werden.

Ob die genannten Wege zur Versorgung von solchen gutartigen Minderwertigen, die nicht als völlig asozial und antisozial zu bezeichnen sind, sich als gangbar erweisen werden, müssen ausgedehntere Versuche an verschiedenen Orten und unter verschiedenen Umständen lehren. Auch die Erfolge der von mir charakterisierten neuen und eigenen Art von Anstaltsbehandlung werden unsichere sein und bleiben; es wird, und das liegt im Charakter der intellektuellen Minderwertigkeit, auch bei der besten ärztlichen und einsichtsvollsten pädagogischen Leitung immer wieder moralische Entgleisungen einzelner Zöglinge, besonders Verhetzung anderer, Fluchtversuche, Gewaltakte etc. die Versorgung erschweren. — Es muß aber auch für jenen relativ geringen Prozentsatz von Debilen und Imbezillen, die, der Schule und dem Elternhause entwachsen, aller menschlichen Voraussicht nach eine günstige Prognose für ihre soziale Selbständigkeit und moralische Widerstandsfähigkeit bieten, besser gesorgt werden, als es bisher der Fall war.

Mit der einfachen Gründung von Vereinen und mit der Einsetzung von Fürsorgern, Pflegern, Vormündern zu dem Zwecke der Beaufsichtigung und Unterbringung derartiger unsteter und willensschwacher Individuen ist noch nichts Wesentliches erreicht! Es gibt ja Besserungs- und Rettungshäuser, Epileptiker- und Idiotenanstalten in größerer Anzahl und mit erheblicher Belegzahl. Aber der Mangel an ärztlicher und pädagogischer Differenzierung des aufgenommenen Materials von Minderwertigen beeinträchtigt ihre Erfolge.

Wir ersehen aus den vorher geschilderten Erfahrungen in der gut organisierten Frankfurter Zentralstelle, wo auch Geldmittel und hin-

gebende Menschenfreunde mit ihren persönlichen Opfern an Zeit und Mühe uns zur Verfügung stehen, wie wenig dabei herauskommt. — Es wäre auch da vielleicht noch mehr zu erzielen gewesen, wenn nicht die Unvernunft der Eltern die bestgemeinten persönlichen Bestrebungen so oft durchkreuzten. „Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm." Es ist mir das erst in den letzten Monaten wieder klar geworden, als ich die mühevolle Aufgabe hatte, je einen Vater davon zu überzeugen, daß die imbezillen Sprößlinge, die beide eine Hilfsschule mit mäßigem Erfolge besucht hatten, der eine nicht zum „Chauffeur", der andere nicht zum „Fremdenführer" sich eignen würden. Es würde mich nicht wundern, wenn ich demnächst bei irgendeinem Bericht über „Automobilunfall" mit unheilvollem Ausgang in der Zeitung dem einen als Ursache, dem andern als Wirkung desselben begegnete.

### Die Einstellung von Schwachsinnigen im Heere.

Schon in meiner ersten über Hilfsschulen im Jahre 1901 veröffentlichten Schrift habe ich auf die Notwendigkeit hingewiesen, das deutsche Heer vor Einstellung der schwachsinnigen und dadurch zumeist unbrauchbaren Leute zu schützen. Ich erwähnte dort, daß Dr. Berkhahn und Hauptlehrer Kielhorn in Braunschweig die ersten waren, die alljährlich an die Militärersatzkommission eine Liste der aus den von ihnen geleiteten Hilfsschulen entlassenen Schülern einreichten. Inwieweit man sie damals schon bei der Aushebung berücksichtigt hat, ist mir nicht bekannt geworden. Ich brauche kaum genauer auszuführen, warum es von hoher Bedeutung wäre, wenn die Militärbehörden auf diesem Weg wenigstens von einem Teile der Rekruten vor ihrer Einstellung ins Heer erfahren könnte, daß sie schwachsinnig sind. Fahnenflucht, unerlaubte Entfernung, Trägheit, Widerspenstigkeit, Disziplinlosigkeit, Unbotmäßigkeit, Selbstmord sind trübe Vorkommnisse im ersten Dienstjahr, die in Imbezillität ihre Ursache haben können. Andererseits würden die schlimmen, öffentlich so oft gerügten Mißhandlungen der Soldaten an Zahl geringer werden, wenn die Schwachsinnigen mit ihrer mangelnden geistigen Fassungskraft und ihrer körperlichen Ungeschicklichkeit nicht immer wieder die Objekte von gewalttätigen Handlungen seitens ungeduldig gewordener Vorgesetzter darstellten. Auch manches sonstige unliebsame Kasernenerlebnis würde unterbleiben, wenn dem Schwachsinn unter den Rekruten von vornherein mehr Aufmerksamkeit geschenkt würde.

Im Jahre 1901 erst las ich einen Bericht über ein Urteil des Kriegsgerichts in der Zeitung, der da lautete:

„Bei den Bockenheimer Husaren war ein körperlich gut entwickelter, aber geistig schwacher Rekrut eingestellt worden, der aber schließlich aus dem Heere entlassen und vorübergehend in einer Irren-

anstalt untergebracht werden mußte. Solange er aber die Uniform trug, wurde er von seinen Kameraden gehänselt und geneckt. Daß sie ihn mit Wasser gespritzt und mit Lack angestrichen haben, als er schlafend und teilweise entblößt im Bette lag, mag noch angehen. Daß sie ihm aber, nachdem alle Lichter ausgelöscht waren, plötzlich die Decke über den Kopf zogen und seinen Körper mit Klopfpeitschen bearbeiteten, trägt den drei Husaren, die man nachher als Täter ermittelt hat, je drei Tage Gefängnis wegen Mißhandlung ein."

Es genügt, um all diese Dinge zu verhindern, meines Erachtens nicht, daß die Sanitätsoffiziere vom Kriegsministerium wiederholt auf den Paragraphen der Heeresordnung hingewiesen werden, durch welchen bestimmt wird, daß „überstandene oder noch bestehende Geisteskrankheiten, sowie ein solcher Grad von geistiger Beschränktheit, daß er die Ausbildung oder die Ausübung des militärischen Dienstes verhindert", zu jeglichem Militärdienst untauglich machen. Es wird auch bei der Schnelligkeit, mit der eine Musterung vor sich geht, im Einzelfalle nicht immer möglich sein, die intellektuelle Minderwertigkeit zu finden. Es wird das klar, wenn man die Schwierigkeiten einer Feststellung des Schwachsinns bei den Rekruten ermißt, die, wie Stabsarzt, Dr. Rodenwaldt (l. c.), und die Intelligenzprüfungen von 200 Rekruten und älteren Mannschaften in Greifswald durch E. Schultze und C. Rnehs (D. M. W. 1906. Nr. 31) gezeigt haben, für die Prüfung des Geisteszustandes ja so wenig brauchbare Begriffe mitbringen, überhaupt äußerst geringe Schulbildung und eine sehr mäßige Entwickelung der Denkfähigkeit beim Eintritt ins Heer darbieten.

Es muß anerkannt werden, daß in den letzten Jahren vieles seitens der militärärztlichen Oberbehörden geschehen ist, um diesen Forderungen der Ärzte und Pädagogen gerecht zu werden. Namentlich sind zahlreiche Militärärzte zu mehrjähriger Fortbildung in der Psychiatrie in Irrenanstalten abkommandiert worden. Es sind ferner mehrfach von Sanitätsoffizieren Arbeiten erschienen, so von Stier, Zollitsch, Lobedank u.a., die diese psychiatrischen Gesichtspunkte geltend gemacht und die Grundsätze als durchaus erstrebenswert und militärisch durchführbar bezeichnet haben. Es muß ja der Heeresverwaltung, die dank einer außerordentlich hohen Geburtsziffer in Deutschland so viel überzählige Diensttaugliche aufzuweisen hat, daran gelegen sein, durch möglichste Fernhaltung der Debilen und Imbezillen von dem Heere die Ausbildung der Mannschaften zu erleichtern und die Qualität der Armee sowie die Dienstfreudigkeit des Soldaten zu heben. So ist am 15. Mai 1906 ein Erlaß des Kultusministers und des Ministers des Innern an die Regierung ergangen, der bestimmt, „daß den Zivilvorsitzenden der zuständigen Ersatzkommission vertrauliche Mitteilung davon zu machen ist, wenn eine Person, über deren Eintritt in das Heer noch nicht entschieden ist, aus einer Anstalt für Geisteskranke, Idioten oder Schwachsinnige entlassen worden ist".

Es kann natürlich nicht eine grundsätzliche Befreiung aller schwachbegabten Schüler und Hilfsschulzöglinge vom Militärdienst Platz greifen. Einzelne aus der Hilfsschule Entlassene sind nach meinen Erfahrungen sehr brauchbare, stramme, dienstbeflissene Soldaten geworden, haben gut geturnt, unter der strengen Zucht sich wohlgefühlt und viele Mängel des Geistes durch körperliche Gewandtheit, pedantische Ausführung der Befehle usw. ausgeglichen. Auch für sie ist die Disziplin des Heeres ersprießlich gewesen. Die dreijährige körperliche Kräftigung und Ausbildung in dieser guten Erziehungsanstalt ist den Imbezillen oft zum Segen für das spätere Leben geworden. Trotzdem bedarf die Frage der Einstellung aller Schwachsinnigen in die Armee — ohne Ausnahme — einer weiteren gründlichen Prüfung durch alle beteiligten Instanzen[1]). Mit Recht sind darum im Jahre 1906 die folgenden Thesen des Hamburger Lehrers Cassey dem Reichskanzler vom Reichstage zur Berücksichtigung überwiesen worden.

1. Im Interesse der Rekruten, des Offizier- bzw. Unteroffizierkorps und der Tüchtigkeit unserer Armee ist dringend zu wünschen, daß bei der Auswahl des Heeresersatzes an die geistige Beschaffenheit ebenso bestimmte Anforderungen gestellt werden, wie an die körperliche Tauglichkeit.

2. Um die Einstellung geistig minderwertiger Rekruten zu verhüten, ist es notwendig, daß Schul- und Militärbehörden Hand in Hand arbeiten.

3. In Orten, wo Hilfsschulen für Schwachbefähigte bestehen, wird alljährlich seitens der Schulbehörden den Ersatzkommissionen ein Namensverzeichnis der aus diesen Schulen zur Entlassung gelangten Schüler überreicht.

4. Auf dem Lande und in kleineren Städten, wo besondere Hilfsklassen für schwachbefähigte Kinder nicht eingerichtet werden können, wird der Militärbehörde ebenfalls nach der jedesmaligen Schulentlassung ein Verzeichnis derjenigen Schüler überreicht, die das Bildungsziel der Volksschule nicht erreicht haben oder als geistig minderwertig anzusehen sind.

5. Junge Leute, welche in der Zeit nach der Schulentlassung bis zum Aushebungstermin in einen anderen Aushebungsbezirk ziehen, haben bei der Meldung zur Stammrolle außer dem Geburtsschein ihr Schulentlassungszeugnis vorzulegen.

Nach einem Bericht von Generalarzt Dr. Stricker und Prof.

[1]) Es ist jetzt bestimmt worden, daß bei Militärpflichtigen, die schwachsinnig sind oder sich als schwachsinnig ausgeben, die Zivilvorsitzenden der Ersatzkommissionen die für die Frage der Tauglichkeit solcher Individuen wichtigen Ermittlungen in der Heimat, Schule usw. vor dem Ersatzgeschäft anzustellen haben, auch dann wenn die ärztlichen Untersuchungen von diesem Leiden nichts erkennen läßt oder Simulation vorzuliegen scheint. Es muß jedesmal von Fall zu Fall entschieden werden, da solche Personen später noch ganz tauglich werden können.

Dr. Ziehen hat auch der Wissenschaftliche Senat der Kaiser-Wilhelm-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen im Jahre 1905 zur Verhütung von Einstellungen Geisteskranker und Geistesschwacher ins Heer folgende Gesichtspunkte festgestellt:

A. Beim Heeresergänzungsgeschäft. 1. Verwertung der Ermittlungen über früheren Aufenthalt in einer Anstalt für Geisteskranke, Geistesschwache usw. und über sonstige psychiatrische Feststellungen. 2. Berücksichtigung von Ermittlungen über den Besuch einer Hilfsschule oder Hilfsklasse für Schwachbefähigte. 3. Berücksichtigung des Berufes und der Vorstrafen. 4. Befragen der beim Heeresergänzungsgeschäft anwesenden Gemeindemitglieder in geeigneten Fällen über ein ihrerseits etwa beobachtetes auffallendes Verhalten der Vorgestellten. B. Bei der Einstellungsuntersuchung. Bei der Einstellungsuntersuchung hat der Truppenarzt außer der körperlichen Brauchbarkeit auch den geistigen Zustand des Rekruten zu prüfen. 1. Besonders sind in dieser Hinsicht zu beachten diejenigen: a) die schon im Heeresergänzungsgeschäft Veranlassung zu einem bezüglichen Vermerk geboten haben; b) die vielfach vorbestraft sind, die als unsichere Heerespflichtige oder als Arbeitssoldaten eingestellt sind; c) die durch mehrfache Degenerationszeichen auffallen oder schwer erblich belastet sind; d) die auffallend geistig beschränkt zu sein scheinen. 2. Bei allen Verdächtigen sind Erhebungen in der Heimat anzustellen. 3. Erscheint der Verdacht auf Simulation begründet, so ist psychiatrische Begutachtung erforderlich. 4. Sonst ist Überweisung der Verdächtigen in das Lazarett im allgemeinen erst dann angezeigt, wenn sie durch ihr Verhalten aufgefallen sind. C. Während der Dienstzeit. 1. Dauernde Aufmerksamkeit hat der Truppenarzt denjenigen zu widmen: a) die schwer erblich belastet sind, die mehrfache Degenerationszeichen aufweisen, und denen, die vielfach vorbestraft sind, b) die eine schwere Kopfverletzung erlitten haben, c) die sich öfter, anscheinend ohne genügenden Grund, krank melden. 2. Der Truppenarzt hat darauf hinzuwirken, daß die militärischen Vorgesetzten, insbesondere Rekrutenoffiziere und -unteroffiziere, das Verhalten der von ihm bezeichneten Leute in und außer Dienst beobachten. 3. Die militärischen Vorgesetzten sind vom Truppenarzt darüber aufzuklären, daß auch großes körperliches Ungeschick und schwere Erziehbarkeit aus krankhafter Grundlage entspringen kann, und daß es daher von Wichtigkeit ist, den Arzt auf solche Leute aufmerksam zu machen, ebenso wie auf geistig Beschränkte und durch eigenartiges Benehmen auffällige Leute. 4. Beobachtung im Lazarett ist stets erforderlich bei allen, die einen Selbstmordversuch gemacht haben. 5. Besondere Prüfung der geistigen Gesundheit ist bei Überweisung eines Mannes in ein Militärgefängnis oder in eine Arbeiterabteilung geboten. Über zweifelhafte Geisteszustände wird vor der Überweisung zu entscheiden sein.

(Schluß folgt.)

VI.

# Die mongoloide Idiotie.

Von Privatdozent **Dr. med. Heinrich Vogt**
in Langenhagen (Hannover).

---

Der Name „Idiotie“ ist ein Sammelbegriff, der weder in klinischer, noch in anatomischer oder einer sonstigen Beziehung einheitliche Krankheitsfälle umfaßt. Gemeinsam ist nur der Mangel geistiger Entwicklung, anatomisch der Defekt der Anlage oder die Störung der Evolution des Organs. Die Krankheit befällt das unfertige Organ. Ursache, Grad und Richtung der Affektion können bei den verschiedenen Formen in mannigfacher Art differieren. Eine in sich scharf abgegrenzte und durchaus charakteristische Form der Idiotie ist der Mongolismus.

Die Krankheit ist bei uns erst seit kurzem näher bekannt; der erste, der in Deutschland ihr eine eingehendere Studie widmete, war Neumann 1899, über größere Erfahrungen verfügte besonders Kassowitz und in neuerer Zeit Weygandt und Siegert. Weygandt konnte noch mit Recht in seinem bedeutsamen Referat auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Dresden 1905 aussprechen, der Mongolismus sei eine in den deutschen Lehrbüchern bisher zu kurz gekommene Form der Idiotie. Der Grund liegt darin, daß die Krankheit bei uns (und in den kontinentalen Ländern Europas überhaupt) nicht den Grad von Bedeutung besitzt wie in England, wo etwa 5 % der in den Anstalten untergebrachten Idioten an dieser Affektion leiden. Die erste Kunde der Krankheit kommt daher auch aus England, wo sie von Fraser und Langdon Down beobachtet und 1884 zum ersten Male erwähnt wird; von den Engländern stammt auch die Bezeichnung (Kalmücken- oder Tatarenkrankheit, Mongolismus). Die Erscheinung kommt aber auch daher, daß bei uns die Anstalten, die diese Kinder beherbergen, meist nicht im Wirkungskreis psychiatrisch gebildeter Ärzte liegen, ein Eindringen in Klinik und Pathogenese der Idiotie wird aber nur von Ärzten, die die psychischen Krankheiten sich zum Studium und zur Lebensaufgabe

machen, geleistet werden können. Im Vordergrund stehen daher für das Studium die Arbeiten der englischen Autoren (außer obigen Shuttleworth, Fletcher Beach, Sutherland, Taylor, Telford Smith u. a.) sowie die stets grundlegenden Bournevilleschen Untersuchungen.

Das Wesen der Krankheit bildet folgender Komplex von Hauptsymptomen:

1. das „mongolische" Äußere, verbunden mit
2. Idiotie:

Das Wesen der Krankheit besteht z. T. in Erscheinungen infantilistischer Art.

Normalsinnige Mongoloide sind bislang nicht beobachtet. Es kommen dazu einige weniger wichtige, dem Krankheitsbilde aber gleichfalls nie fehlende Erscheinungen (Wachstumsanomalien, Stimmveränderung, auffallende Degenerationszeichen, Obstipation usw.). Diese Begleitsymptome haben, soweit es sich um anatomische Momente handelt, großenteils den Charakter echter Entwicklungshemmungen. Das genannte erste Symptom der Krankheit besteht darin, daß sie den Habitus des Menschen in charakteristischer Weise, und zwar derart verändert, daß das Individualistische der Erscheinung verloren geht. Alle Kranken ähneln sich daher wie Geschwister, während der einzelne Kranke von seinen gesunden Geschwistern sich weit unterscheidet. Die eigenen Eltern können in der Anstalt ihr eigenes Kind von den anderen an derselben Krankheit leidenden oft nicht unterscheiden. Die charakteristische Erscheinungsweise gestattet dem, der einmal nur einen einzigen Fall gesehen hat, die Diagnose beim Anblick ohne weiteres jederzeit zu stellen. Es ist vor allem das Gesicht, welches die Charakteristik darbietet, und der Name der Krankheit ist ja auch von dem Gesichtsausdruck genommen.

Die Lidspalten verlaufen schief, sie konvergieren nach unten zu. Sie sind abnorm klein, zugleich kurz und nur wenig geöffnet, schmal von oben nach unten, haben also schlitzförmige Gestalt. Oft liegt Epicanthus vor. In manchen Fällen sollen die Lidspalten teilweise verdeckt sein. Fälle, die ganz charakteristisch sind, aber horizontale Lidspalten besitzen, kommen vor.

Die Augen sind zuweilen prominent, sie drängen sich dann in die schlitzförmigen Lidspalten von hinten vor, was dem Gesicht etwas Froschartiges verleiht. Ist dies nicht der Fall, so sinken die Augen durch die Beschaffenheit der Lidspalten sehr zurück und erscheinen klein. Das Vordrängen der Augen hängt von einer abnormen Flachheit der Augenhöhlen ab.

Die Jochbogen stehen zuweilen stark nach außen. Nimmt man dazu, daß die Nase klein, nicht genügend prominent, an der Wurzel

oft eingesunken und hier anffallend breit ist, so erkennt man (flache Orbitae, breite flache Joehbogen) am Gesichtsschädel die Tendeuz zum Ausgleich der Differenzen, der Tiefe, also zur Nivellierung des Plastischen. Es ist gewissermaßen eine Neigung am knöchernen Gesichtsteil da, alles uach eiuer Ebene hin zu drängen. Die Nasenbeiue können fehlen. Das mangelhafte Relief wird durch die rudimentäre Aushildung der Weichteile befördert, besouders ist auch der nicht knöcherne Teil der Nase klein, flach, oft knopfartig mit nach vorn stehendeu Nasenlöchern, dazu kommt oft geringe Behaarung (Wimpern, Brauen, zuweilen auch Kopfhaar).

Fast alle Mongolen haben, was man im gewöhnlichen Leben „dicke Backen" nennt, es hängt dies mit ihrem im allgemeinen guten Ernährungszustand zusammen. Die vollen Backen haben aber dahei etwas Anfgedunsenes, sind meist auch nicht frisch rot, sondern blaß mit fleckiger Röte oder häufiger, ebenso wie die Lippen, leicht cyanotisch. Anämische Symptome an den sichtbaren Schleimhäuten fehlen. Lidränder und Lippenränder sind der Sitz einer fast nie verschwindenden ekzematösen Entzündung. Dieselhe tritt nicht hilateralsymmetrisch anf, hat also scheinbar keine zentrale Bedingnis. Das Ekzem tritt rasch und meist ohne besondere Ursache auf, hat aber Neigung unter Behandlung ebenso rasch zn heilen, kommt allerdings uach kurzer Ruhe bald wieder an gleicher oder anderer Stelle zum Vorschein.

Die Haut zeigt stets eine starke Entwicklung des Unterhautfettgewebes, ist aher weicher, mehr schwammig, als bei gesunden, wohlgenährten Persouen. Die Gesichter hahen fast alle einen runden, vollen Typns. Es muß betont werden, daß die Haut oft an die gedunsene, schwammige Beschaffenheit der Myxödematösen erinnert, nie aher den Grad erreicht, den sie hier zeigt. Insbesondere fehlen den Mongoloiden die charakteristischen Anschwellungen und Faltenbildungen der Haut an Nacken, Gesicht und besonders den oheren Brustpartien, wie sie den Kretinen zukommen.

Währeud die Behaarung des Kopfes zwar meist ohne Auffälligkeiten, zuweilen aber dünn und spärlich ist, findet sich zuweilen im Gesicht, besonders am Kinn, der Stirn und den Wangen, dann auch im Nacken und über dem ganzen Rücken eine Bedeckung von kleinen, flaumartigen, blassen Härchen. Der Mund ist klein, rundlich, mit abwärts geneigten Ränderu, fast stets offen, es hesteht keine Salivation, während die anderen Idiotieformen mit hahitnell offenem Munde oft Salivation zeigen.

Ein sehr charakteristisches Gepräge hat die Zunge: sie erscheint fast stets massig und als plumpes und unförmliches Gebilde. Die Zunge wird vorgestreckt uud tritt zwischen den meist halboffenen Zahnreihen hervor. Es ist nicht richtig, daß diese Erscheinnng sich nach dem dritten

oder vierten Lebensjahre verliert. Sie war in meinen Fällen fast stets, auch bei einem 16jährigen männlichen Individuum, vorhanden. Die Oberfläche der Zunge ist rauh und uneben, zeigt tiefe, transversale, rißartige Furchen. Der eigenartige Typus kommt zustande dadurch, daß in einer bestimmten Linie die Papillae fungiformes fehlen. Ireland hat denselben Zungentypus bei der Mutter eines Mongoloiden gefunden.

Diese Momente zusammen, die sich in Worten nur schlecht charakterisieren lassen, geben dem Gesicht einen markanten Typus. Wer einmal einen Fall gesehen hat, wird alle folgenden ohne weiteres erkennen. Die nähere Beschäftigung mit den Kranken zeigt aber auch sonstige Zeichen, die der Affektion als solcher zukommen und den Fällen daher gemeinsam sind.

Der Schädel zeigt eine retardierte Verknöcherung. Nähte und Fontanellen klaffen lange Zeit weit, im Bereich der Okzipital- und Sagittalnaht sind im ersten Lebensjahre oft noch große Knochendefekte vorhanden. Die knochenfreien Partien sind mit scharfem Rand gegen den Knochen abgesetzt, wichtig als Unterschied gegen die rachitischen Defekte, wo der Übergang ein allmählicher ist. Die Nahtdefekte bei den Mongolen schließen sich stets im Laufe der ersten Lebensjahre ohne besondere Therapie; an den Anstaltskindern (das jüngste ist sieben Jahre alt) habe ich keine Defekte mehr nachweisen können.

Ein Symptom aller Mongoloidenschädel ist eine ausgesprochene, meist ziemlich erhebliche Brachykephalie. (Das Verhältnis der Länge zur Breite des Schädels, letztere in Prozenten ersterer ausgedrückt, der sog. Längenbreitenindex, beträgt normaliter 75—79,9.) Die Brachykephalie der Mongoloiden ist eine ausgeprägt deutliche, es beträgt ihr Längenbreitenindex in den von mir gemessenen Fällen nicht unter 85,9 und nicht über 90,3: sie gehören also durchweg in die Klasse der hochgradigen Brachykephalen, was auch durch Sektionsergebnisse (Bourneville) bestätigt ist. Außer diesem Moment ist mir aufgefallen, daß die Schädel oft asymmetrisch gebaut sind. Die für die Beurteilung der Hirnentwicklung (und der Intelligenz) nicht unwichtige Schädelhöhe ist bei allen Mongolen, die ich gemessen habe, unter der Norm. Die höchste Schädelhöhe, die ich maß, war 8,9 (zehnjähriges Mädchen). Die meisten bewegten sich zwischen 8,0 und 8,5. Die Schädel stehen ferner großenteils an der Grenze der Mikrokephalie oder gehören zu dieser selbst, so daß man richtig von einer Mikrobrachykephalie reden müßte. Meine Fälle hatten durchweg, bis auf einen, einen Schädelumfang unter 49 cm, einer 48,5 (zehnjähriges Mädchen), alle übrigen sogar unter 48 cm. Zur Charakterisierung der Schädelverhältnisse gehören drei Momente: Brachycephalie bei sehr geringer Höhe und meist geringem Horizontalumfang.

Bestimmte Eigenheiten des Skeletts (ein geringes Zwergwachstum

im Vergleich zur Norm) geht schon aus der Betrachtung der Körpergröße hervor (s. u.). Eigenartig für das Mongolenskelett ist seine Derbheit, seine gedrungene, in die Breite gehende Gestalt. Vergleicht man Röntgenbilder der Extremitäten von Mongoloiden mit normalen Bildern, so zeigen gleichaltrige Normale viel schmälere, grazilere Knochen, das Verhältnis von Länge zu Breite, wie es der Vergleich der Hand z. B. gut illustriert. ist in den Fällen von Mongolismus zugunsten der Breite gegenüber der Norm verändert. Die eigenartig plumpe Gestalt der Hände und Füße der Mongoloiden ist ja allen Beobachtern aufgefallen und schon in den älteren Beschreibungen zu finden.

Eine wichtige Frage ist die nach der Ossifikation. Es scheint nicht zweifelhaft, wenn man alle bisherigen Beobachtungen vergleicht, daß neben Fällen mit normalzeitiger Verknöcherung Mongoloide mit retardierter Ossifikation vorkommen. Ich verfüge über einen Fall, der — frei von rachitischen Symptomen — im neunten Jahr in der Handwurzel Knochenkerne im Os lunatum, capitatum, hamatum und triquetrum zeigt, die übrigen fehlen. Normalerweise mußten (bis auf das Pisiforme) alle Knochenkerne vorhanden sein, desgleichen der fehlende Ulnaepiphysenkern. Der Fall zeigt außerdem fehlende Epiphysenkerne in den distalsten Phalangen, also eine zweifellos retardierte Verknöcherung. Die auch in der Norm sehr variable Reihenfolge der Ossifikation scheint in der Handwurzel dabei eingehalten zu sein, der Unterschied ist also ein quantitativer. Noch merkwürdiger ist der Befund des Fußes: hier zeigt sich ein mangelhafter Ossifikationsprozeß der Phalanxepiphysen, die mit Knochenkernen nur zum Teil ausgestattet sind.

Die in diesem Falle fehlenden Kerne erscheinen in der Norm in folgenden Zeiten: multangulum majus und minus im fünften, naviculare im sechsten, Ulnaepiphysen (distale) im siebenten Jahr, die Phalanxepiphysen erscheinen in unregelmäßiger Folge schon im zweiten und dritten Jahr. In letzterer Hinsicht ist es vielleicht in dem erwähnten Fall mehr ein Defekt als eine Verzögerung. In der Fußwurzel sind die meisten Knochen fortgeschritten ossifiziert, nur das naviculare pedis ist als kleinerbsengroßer Kern zu sehen. Da dieser Kern bei normalen Kindern schon im dritten Jahr nachweisbar ist und sich rasch vergrößert, so liegt hier eine hochgradige Verzögerung vor. Normal sind sie im dritten bis vierten Jahr alle nachweisbar.

Ein anderer, mit Röntgenstrahlen untersuchter Fall zeigt im elften Jahr vollständiges Skelett von exquisiter Plumpheit.

In beiden Fällen fiel eine Verbreiterung der Knorpelzone in den Epiphysen und eine Entfernung der artikulierenden Flächen in den Gelenken auf, welche größer ist als normal. Beides mag mit der Gelenkschlaffheit (s. u.) zusammenhängen, hochgradig war diese allerdings nur in dem jüngeren Fall.

Nach den neueren Untersuchungen (Siegert) kommt neben Verzögerung eine Beschleunigung der Ossifikation oft bei demselben Individuum vor. Das Wesentliche würde also eine Irregularität der Ossifikation (bald vorzeitig, bald verlangsamt) sein.

Außer der irregulären Knochenbildung zeigt das Extremitätenskelett Veränderungen, die auf partielle Defekte und Verkümmerungen zurückzuführen sind. Äußerlich handelt es sich um eine Verbiegung, die besonders am kleinen Finger häufig vorzukommen scheint, ich habe sie in ähnlicher Weise in einem Fall am Daumen gesehen, das Röntgenbild zeigt, daß es sich um eine Verkümmerung der zweiten Phalanx des Daumens handelt, welche zu einem dreieckigen Keil deformiert ist.

In manchen, keineswegs in allen Fällen sieht man eine enorme Schlaffheit und Biegsamkeit der Gelenke, welche zuweilen gestattet, die Streckseiten der Finger mit der Handrückseite in Berührung zu bringen, ohne jede objektive Störung und ohne Schmerz für den Kranken.

Die Zahnbildung ist ein im Laufe der Entwicklung sich äußerst langsam und stetig vollziehender Prozeß, am Gebiß vollziehen sich auch noch lange Jahre über die Geburt hinaus bildnerische und evolutive Vorgänge. Die Entwicklung und das Wachstum der Zähne ist daher für das Studium aller Entwicklungsdefekte eine wertvolle Handhabe, und es zeigt sich in der Tat, daß die Idioten, deren Erkrankung ja stets in eine der Perioden der Entwicklung fällt, gerade im Zustande des Gebisses einen hohen Prozentsatz von Anomalien darbieten. So hat Sollier gezeigt, daß bei den Idioten überhaupt die Dentition in einer großen Zahl der Fälle zu spät eintritt. Es nimmt nicht wunder, daß eine Form des Idiotismus, bei der Entwicklungsdefekte so häufig sind, wie beim Mongolismus, gerade auch in der Ausbildung des Gebisses viele Anomalien darbietet. Unter zehn Fällen war viermal die erste Dentition zu spät eingetreten, in einem Fall waren am Ende des zweiten Jahres erst einige wenige Zähne vorhanden, die Dentition hat bis ins dritte Jahr gedauert. Desgleichen ist die Reihenfolge im Durchbruch der Zähne eine sehr irreguläre gewesen. Was die zweite Dentition anbelangt, so soll eine Neigung zur Verzögerung hier weniger deutlich bestehen. Soweit ich bei dem kindlichen Alter der von mir selbst gesehenen Fälle urteilen kann, scheint in der Tat eine Verzögerung nicht ausgesprochen zu sein. Es kommt aber in Betracht, daß auch die Milchzähne (ebenso wie die bleibenden) schlecht sind und sehr zur Karies neigen, daher ihre Zeit nicht leicht überdauern. Wohl aber bestehen in der Ausbildung des bleibenden Gebisses deutliche Anomalien, zunächst Defektbildungen, besonders gerne scheint dies die oberen Schneidezähne zu betreffen, ich habe mehrmals im Oberkiefer die lateralen Inzisivi fehlen sehen. Noch häufiger sind Anomalien des Sitzes und der Stellung der Zähne, ich habe in dieser Beziehung

bei keinem einzigen Fall ein reguläres Verhalten konstatieren können, Schrägstellung der Zähne, Sitz einzelner Zähne hinter der Zahnreihe kommt oft vor, auch passen die Arkaden der Zähne nicht exakt aufeinander. Von abnormer Kleinheit einzelner Zähne abgesehen, sind mir hinsichtlich der pathologischen Zahnform Kerbzähne in einem Falle aufgefallen. Die bekannten und entwicklungsgeschichtlich interessanten längsgerifften Zähne habe ich hier nicht gesehen. Das „degenerative Gebiß" mit dem Charakter der Entwicklungshemmung der Zahnreihen bildet also eine so gut wie nie fehlende Erscheinung der Mongoloiden.

Ein großer Teil der Mongoloiden zeichnet sich durch ein geringes Längenwachstum aus. Von manchen Autoren wird dies auch betont, und es trifft dies in der Tat zu, obwohl die Größenverringerung keine in dem Grade charakteristische ist, wie bei Myxödem. Vergleicht man die Größe der Myxödematösen mit der normalen Größe desselben Alters, so ergibt sich eine ganz erhebliche Differenz, während die Größe der Mongoloiden nur um sehr viel weniger, wenn auch immer noch erheblich genug hinter der Norm zurücksteht. Ein ganz anderes Bild aber erhält man, wenn man die Größe beider Typen zu der durchschnittlichen Größe idiotischer Individuen der gleichen Altersstufe in Parallele setzt. Hierbei ergibt sich, daß die Myxödematösen noch bedeutend unter dem Durchschnitt stehen, während die Mongoloiden sich diesem Durchschnitt in ganz uncharakteristischer Weise nähern, einige Fälle stehen nur wenig unter dem Durchschnitt, einige sind ihm ungefähr gleich oder übertreffen die Mittelzahl um weniges. Es ergibt sich also, daß die Mongolen unserer Beobachtung, verglichen mit den von Kind gefundenen Zahlen für Größe und Längenwachstum der Idioten in Hannover, ungefähr diesen Mittelzahlen entsprechende Länge zeigen.

Über die Wachstumsvorgänge wird näher bei Besprechung der Thyreoidintherapie verhandelt werden.

Abgesehen von der allgemeinen Form, dem Wachstum und der Größe des Körpers ergeben sich auf somatischem Gebiete auch sonst einige beachtenswerte Punkte:

In dem Verhalten der inneren Organe beansprucht in erster Linie das Herz unser Interesse. Es zeigt nicht selten objektive klinisch nachweisbare Veränderungen. In England, wo die Krankheit überhaupt häufiger ist, wird offenbar die Herzanomalie auch öfter gesehen. Es scheint aber nicht, daß dieselbe häufig genug ist, um ein Charakteristikum der Affektion darin zu sehen. Wichtig ist, daß es sich um angeborene Herzfehler handelt, dies deutet schon darauf hin, daß Entwicklungsfehler des Herzens in Betracht kommen. In einem von Shuterland obduzierten Fall bestand ein Offenbleiben des Ductus arteriosus Botalli, es war also eine echte Entwicklungshemmung des Herzens. Herz-

anomalien sind bei den Mongolen jedenfalls häufiger als bei den Idioten überhaupt.

Außer objektiv nachweisbaren Veränderungen am Herzen treten häufig funktionelle Herzanomalien hervor, labiler Puls, Zeichen von mangelhafter, leicht erregbarer Herzaktion, unreine Töne (besonders der erste Ton) ohne eigentliches Geräusch. Letzteres ist mir bei den Mongoloiden sehr häufig aufgefallen. Gehen doch auch die Momente, welche die allgemeine körperliche Indisposition ausmachen (Ernährungsstörungen der Haut, Frostbeulen usw.), z. T. im letzten Grunde auf Störungen der Zirkulation zurück.

Die Geschlechtsorgane sind oft mangelhaft entwickelt, teils liegen echte Hemmungsbildungen (z. B. Hypospadie), teils auffallende Kleinheit vor. Auch Kryptorchie ist nicht selten. Die Menses treten oft spät auf. Die Mammae sind spärlich entwickelt. Vor allem ist auch die mangelhafte Entwicklung der Scham- und Achselhaare von Interesse. Die Körpertemperatur soll nach verschiedenen Angaben herabgesetzt sein. Messungen, die ich längere Zeit an mehreren Fällen regelmäßig täglich mehrmals angestellt habe, ergaben hierfür keine Bestätigung.

In den vorstehend erwähnten somatischen Momenten fällt die Tatsache auf, daß es sich zum Teil entweder um Mängel der Differenzierung oder um Verzögerungen des postembryonalen Wachstums handelt. Zu ersteren gehören die Schädelanomalien, die Herzdefekte sowie alle solche Symptome, die man gewöhnlich als Degenerationszeichen bezeichnet. Sie kommen stets durch ein Stehenbleiben auf der Stufe unfertiger Entwicklung zustande. Alle solche Zeichen wie Kryptorchie, Hypospadie, ferner Syndaktylie, Ohrmißbildungen, Gaumendefekte usw. sind bei den Mongolen oft anzutreffen, treten am einzelnen Fall nicht selten gehäuft in Erscheinung. Wir erkennen Anzeichen, welche dafür sprechen, daß die letzten Stadien der Entwicklung gestört worden sind, daß sie ihr normales Ende nicht erreicht haben. Hinzu treten ferner Erscheinungen einer Verzögerung des kindlichen Wachstums, wie sie die mangelhafte Körpergröße und desgleichen Gewicht, ferner die retardierte Ossifikation darstellen. Eine weitere Gruppe von Erscheinungen: der charakteristische Habitus des Gesichts, die gedunsene Haut usw. fallen nicht unter diese Gesichtspunkte und müssen in anderen Momenten ihren Grund finden.

In neuropathologischer Beziehung bieten die Mongolen wenig Bemerkenswertes. Lähmungen u. dgl., kurz motorische Lokalsymptome fehlen. Es sind überhaupt keinerlei Erscheinungen nachweisbar, welche auf eine umschriebene Läsion des Zentralorgans hinweisen. Die Hirnnervenfunktion ist ohne Besonderheit, Gehör und Gesicht gut, der Geschmack stumpf, aber ohne charakteristische Beeinträchtigung der Qualitäten. Die Pupillen sind ohne Besonderheit, ich habe in allen

Fällen normale Reaktion auf Licht und Akkommodation gesehen. Ebenso sind Lid- und Gaumenreflex intakt. Die V-Punkte pflegen nicht besonders reizbar zu sein. Tremorerscheinungen, Ataxie und Intentionstremor fehlen in meinen Fällen. Kniereflex, Plantarreflex waren etwas erhöht, Fußklonus fehlt. Der allgemeine Tonus etwas verringert. Sensibilität stumpf, aber vorhanden, Schmerzsinn und Ortsinn deutlich ausgeprägt, Lagegefühl, soweit nachweisbar, erhalten. Feinere Qualitäten sind kaum festzustellen. Die Fälle, welche bisher beobachtet worden sind, zeichnen sich durch große Übereinstimmung auch insofern aus, als der nervöse Status keine charakteristischen Anhaltspunkte, insbesondere keine Lokal- oder Systemaffektionen, aufwies.

Allgemein kann noch folgendes Erwähnung finden: die Mongolen bewegen sich zum Teil schwer und träge, manche aber flink, was mit der Psyche zusammenhängt. Sie ermüden fast alle ziemlich rasch. Was das psychische Verhalten der Mongolen anbelangt, so ist hervorzuheben, daß die ersten Beobachter und Beschreiber dieser Krankheit einen charakteristischen Geisteszustand der Krankheit feststellen zu können glaubten. Die weiteren Erfahrungen haben indessen diese Erwartung nicht bestätigt. Es hat sich vielmehr gezeigt, daß fast alle Qualitäten des angeborenen Schwachsinns bei der Krankheit anzutreffen sind. Speziell begegnet man sowohl apathischen wie erethischen Formen des Blödsinns bei den Trägern der Affektion. Meistens sind es allerdings ziemlich tief stehende idiotische Individuen, die man beim Mongolismus antrifft. Wir betrachten zunächst, um den Status, vor allem den psychischen, eines an mongoloider Idiotie leidenden Kranken kennen zu lernen, einen speziellen Fall:

Der elfjährige Knabe ist seit sechs Jahren in der Anstalt. Sein äußerer Gesichtstypus hat sich in der Zeit kaum verändert. Wir gelangen so zu der für alle Fälle giltigen Feststellung, daß die charakteristische Gesichtsform des Mongolen sich nicht verwischt mit dem Heranwachsen der Kranken, ja wir können noch weiter gehen und sagen, daß die Kranken sich selbst im Laufe des Lebens ungemein ähnlich bleiben, wie wir dies aus den englischen Beobachtungen wissen. Unser Patient sitzt meist mit etwas vornübergebeugtem Körper und gesenktem Kopfe, eine Haltung, die bei den Mongolen so gewöhnlich ist, daß man sie als charakteristisch bezeichnen kann. Sie blicken dann schen unter den Augenbrauen in die Höhe, und es gelingt oft nicht, sie von selbst zum Heben des Kopfes zu bewegen. Körperlich hat unser Kranker alle charakteristischen Symptome der Krankheit: mikrobrachykephalen Schädel, schräggestellte Schlitzaugen, breites Gesicht, flache Nase, offenen Mund, aus dem die große Zunge hervordringt, ein allen Heilmitteln trotzendes, immer wiederkehrendes Ekzem an Mund und Lidrändern, das die Augenwimpern schon fast völlig zerstört hat. Die Zunge zeigt tiefe Querfurchen, die Papillae foliatae erscheinen wenig zahlreich und klein. Der Kranke ist von untersetzter, gedrungener Figur, für sein Alter klein, er mißt 125 cm, sein Gewicht beträgt 30 kg. Die Durchschnittsgröße der idiotischen Kranken seines Alters beträgt 130 cm. Ihr Gewicht (aus 50 Fällen berechnet) 29,5 kg. Unser Patient steht dem Gewicht nach also scheinbar in einem etwas höheren Alter als nach

der Größe. Gewöhnlich ist das Gegenteil bei den Idioten der Fall. Der Umstand bei unserem Patienten kommt daher, daß er sich — wie alle Mongolen — in einem relativ sehr guten Ernährungszustand befindet. Ein gewisser Grad von Fettleibigkeit, der schon bei der Geburt deutlich in Erscheinung tritt (Siegert), ist für alle Mongolen charakteristisch. Ihr Aussehen, wie auch unser Patient deutlich zeigt, ist etwas gedunsen, pastös, die Farbe blaß oder fleckigrot. Eine nähere Untersuchung unseres Patienten ergibt normale Verknöcherung im Röntgenbild (bekanntlich ist diese [s. o.] bei den Mongoloiden nicht selten verzögert). Der Nervenstatus weist keine besonderen Anhaltspunkte auf: es bestehen keinerlei Störungen der Motilität, die Sensibilität ist stumpf, aber in allen Qualitäten deutlich nachweisbar und ungestört. Der Patellarreflex ist lebhaft, ebenso der Fußsohlenreflex, Fußklonus, Babinskisches Phänomen fehlen. Die Hautreflexe sind vorhanden. Insbesondere sind im Bereich der Hirnnerven keinerlei Störungen nachweisbar. Die Pupillen sind gleich, mittelweit, von tadelloser Reaktion auf Licht und Akkommodation. Halbseitendifferenzen fehlen. Die Sinne sind intakt, speziell auch der Geschmack in seinen groben Qualitäten nachweisbar. Von degenerativen Momenten des körperlichen Status ist der hohe, schmale Gaumen, eine unregelmäßige und defekte Bezahnung, angewachsene Ohrläppchen bei mangelhaftem Relief der Muschel, geringe Hypospadie, nachweisbar. Eine für viele Mongoloiden nachweisbare Verlängerung der zweiten Zehe ist ausgesprochenermaßen vorhanden.

Psychisch ergibt sich folgendes:

Der Junge sitzt meist still und anscheinend apathisch zwischen den anderen Kindern, ohne von diesen viel Notiz zu nehmen. Das Gesicht hat in der Ruhe einen stumpfen Ausdruck, ruft man den Jungen bei Namen (den er versteht), so macht sich sofort ein krampfhafter Versuch, das Gesicht zu innervieren, bemerkbar. Der Junge runzelt die Stirn, zieht die Augenbrauen hoch, grinst dazwischen. Dabei wechselt der Ausdruck, es macht sich also geltend, was man gewöhnlich Grimassieren nennt. Dies tritt zuweilen auch in der Ruhe, meist aber erst dann auf, wenn der Junge in Anspruch genommen wird, z. B. beim Unterricht, bei der Untersuchung. Ein ganz paradoxes Mienenspiel kann man bei heftiger Erregung sehen, z. B. war es, als dem Jungen einmal ein Furunkel inzidiert werden mußte, zu erkennen. Der Junge riß den Rachen auf, verzerrte das Gesicht in der erdenklichsten Weise, bald wie im Schmerz, bald wie in großer Heiterkeit, zu Tränen kam es aber nicht.

Der Junge hat die Eigenheit, daß er gerne allerlei drollige und auch von ihm als Scherz gemeinte Bewegungen ausführt. Eine Pflegerin hat ihm einmal gezeigt tief die Mütze zu ziehen und ein Kompliment zu machen. Seitdem bringt er diese Bewegung gerne bei jeder Gelegenheit an. Diese bei Mongolen beobachtete Neigung zum Scherzen ist um so charakteristischer, als unser Fall eigentlich zur torpiden Schwachsinnsform gehört und trotzdem diese Eigenschaft hervortritt.

Die Aufmerksamkeit des Jungen ist ziemlich leicht zu fixieren. Er kennt seinen Namen und achtet darauf. Auffallende Gegenstände beachtet er, besonders wenn sie ihm unbekannt sind. Gibt man ihm etwas hin und läßt es scheinbar aus Versehen fallen, so erschrickt er. Läßt man ihn einfache Dinge ausführen, die er versteht, z. B. die Gegenstände im Zimmer zeigen, Körperteile berühren, so gelingt es eine Zeitlang unschwer, den Jungen zu normaler Reaktion zu veranlassen. Es fällt aber auf, daß er rasch ermüdet und schon nach einigen, etwa 12 bis 15, Versuchen langsamer reagiert, nicht mehr aufpaßt, Fehler macht oder bei irgendeiner Aufforderung, die er kurz vorher gut ausgeführt hat, still stehen bleibt und sie nicht zu verstehen scheint. Es besteht also eine erhöhte Ermüdbarkeit.

Der Junge hat normale Gefühlstöne, kennt Schmerz und Freude. Die Äußerung derselben ist durch das Grimassieren aber oft paradox. Im Stimmungsleben macht sich ein öfterer hervortretender, den mongoloiden Individuen überhaupt charakteristischer Wechsel unmotivierter Natur geltend. Der Junge ist manchen Tag munter und heiter, dann wieder ganze Tage und selbst wochenlang stumpf und torpide, beachtet seine Umgebung, mit der er sonst gesellig lebt, nicht, ist nicht zu seinen gewohnten Scherzen zu bewegen, zeigt sich mißmutig und verdrießlich. In dieser Zeit tritt auch eine vermehrte Schlafsucht hervor. Dieses eigenartige Schwanken des psychischen Befundes scheint den Mongoloiden vielfach eigen zu sein. In der lebhafteren Zeit ist der Patient in der Stimmung Einflüssen durchaus zugänglich, er hat seine Lieblingsspeise, sein Spielzeug, mit dem er sich gerne beschäftigt und freut sich, wenn er es erhält. Er ist dafür empfänglich, wenn man sich mit ihm beschäftigt.

In der Schule, die er seit Jahren besucht, hat er in dem letzten Jahr keinerlei Fortschritte gemacht. Die Stufe, auf welcher er steht, hat er schon nach verhältnismäßig kurzer Unterrichtszeit im Laufe etwa eines Jahres erreicht, es scheint aber nicht zu gelingen den Jungen weiter zu fördern. Er hat die Grundbegriffe (Form, Farbe, Zahl) im wesentlichen für einfachste Dinge und auf der untersten Stufe erfaßt, zeigt Gegenstände im Zimmer und Körperteile, benennt sie teilweise richtig. Beim Bauen ist er langsam, ungeschickt, ohne rechten Sinn für Form und Symmetrie. Er ist über den Ort orientiert, hat sich beim Umzug in einen neuen Krankenpavillon rasch zurechtgefunden, findet Haus, Zimmer und Bett, unterscheidet die Personen, die er häufig sieht, kennt keinen seiner Spielkameraden bei Namen. Ist anhänglich gegen die Wärterin. Gebräuchliche einfache Dinge nimmt er richtig zur Hand (Löffel, auch Griffel) und gebraucht sie, wenn auch plump und schwerfällig, so doch richtig. Einen verkehrt mit dem Sitz gegen die Wand gestellten Lehnstuhl dreht er richtig herum bei der Aufforderung, sich darauf zu setzen. Er ißt allein, beschmiert sich stark dabei, kann sich nicht selbst aus- und ankleiden, knüpft nur sich und anderen Kindern die Schuhe auf oder zu. Er bringt Kehricht nach dem Aschenfaß und versteht auch sonst einige einfache Verrichtungen.

Was die Sprache anlangt, so ist diese in allen ausgesprochenen Fällen, die ich gesehen habe, sehr defekt. Unser Patient spricht undeutlich einfache Worte.

Das psychische Bild zeigt, wie in unserem Fall, so in allen Fällen von mongoloider Idiotie, keine hervortretenden Eigenheiten, welche man als pathognomon betrachten könnte. Einige Momente verdienen aber hervorgehoben zu werden.

Unser Patient gehört im wesentlichen zur torpiden Form des Schwachsinns, wenn auch nicht zur ausgesprochensten Stufe derselben. Die Mongoloiden können in dieser Hinsicht alle Formen darbieten, es gibt ausgesprochen torpide und stumpfe und ausgesprochen agile Individuen darunter. Die letzteren erwecken bei der Lebhaftigkeit, mit welcher sie äußeren Eindrücken folgen, im ersten Moment die Auffassung, daß sie geistig höher stehen als erstere. Bei näherer Betrachtung sieht man bald, daß es sich bei ihnen im wesentlichen nur um eine Schnelligkeit der Perzeption äußerer Eindrücke bei völligem Mangel des Haftenbleibens, um eine leichte momentane Fesselung der Aufmerksamkeit bei völligem Versagen der Merkfähigkeit, bei leichtester

Ablenkbarkeit und fehlender Tiefe des Wahrgenommenen handelt. Die Individuen bieten fast schlechtere Aussichten für die geistige Erziehung als die stumpferen Patienten.

Eine Eigenart des Krankheitsbildes liegt an dem frühzeitigen Versagen der geistigen Entwicklung. Diese Erscheinung tritt bei den Mongoloiden so gut wie stets hervor. Anfängliche erzieherische Erfolge berechtigen also nicht, eine günstige Prognose zu stellen. Vielmehr pflegt die Sache meist so zu verlaufen, daß die ersten Unterrichtsversuche auf einen guten Boden fallen, daß in der ersten Zeit verhältnismäßig Gutes erreicht wird. Dann setzt mit einem Mal ein Versagen ein, und es will in keiner Weise gelingen, den Kranken darüber hinaus zu bringen. Die Stufe, bei welcher dies bei einzelnen Fällen eintritt, kann natürlich sehr verschieden sein, doch gilt für die meisten Mongoloiden folgendes: Sie bringen es in vielen Fällen über die Stufe, welche unser Fall zeigt, nicht hinaus, Schulkenntnisse erwerben sie kaum je in wesentlichem Grade, doch erreichen sie nicht selten die Fähigkeit, kleine, ganz einfache Dinge zu verrichten.

Es ist sehr wichtig, daß wir bei dieser Idiotenform die Grenzen des auf erziehlichem Wege Erreichbaren in einzelnen Fällen bestimmen können. Es kann das ärztliche Urteil hier unter Umständen vor forcierten pädagogischen Bemühungen bewahren. Aus der erzieherischen Tätigkeit und dem Unterrichte allein ist nicht von vornherein zu ersehen, daß die Kranken weitere Versuche im Unterricht nicht lohnen werden, nur die bestimmte ärztliche Diagnose, daß es sich um diese Krankheitsform handelt, kann feststellen, daß, wenn der Stillstand einmal eingetreten ist, weitere Fortschritte nicht zu erwarten sind. Wenn wir dem Wesen der Krankheit einmal noch näher gekommen sind, wird die vielleicht mögliche kausale Therapie hier, wie beim Kretinismus, bessere Aussichten eröffnen können. Einstweilen ist die Therapie auf palliative Mittel, welche sich natürlich nur den Begleitsymptomen zuwenden (Ernährung, Stuhlgang, Herzbehandlung, Beachtung der Zirkulation usw.), beschränkt. Eine verständige Beobachtung und Behandlung in dieser Weise, zusammen mit einer entsprechenden Unterrichtung und Erziehung, kommt den Kranken aber sehr zugute und läßt im Rahmen der Anstalt an den Patienten auch bescheidene Erfolge erkennen. Man muß sich nur der Grenzen des Erreichbaren bewußt bleiben. Die Kranken werden dann auch in subjektiver Beziehung ein zufriedenstellendes Bild geben. Die Kranken, die es zu einem gewissen Grad von Selbständigkeit je bringen, können im Bereich der Anstalt dann dem Erreichten angemessen ihre Rolle finden und sind Kranke, die sich kaum störend im allgemeinen Betriebe bemerkbar machen.

Die Gesamtbetrachtung des Krankheitsbildes läßt noch folgende Punkte besonders hervortreten. Zunächst ist über Ätiologie und

Anamnese zu sagen, daß man wiederholt folgende Punkte angegeben findet: Lues in der Aszendenz wird vermißt, Tuberkulose soll häufig sein.

Ein anderes, für den degenerativen Charakter der Erkrankung allerdings sehr wichtiges Moment liegt in der häufig konstatierten Tatsache, daß die Kranken oft die letzten Sprossen einer kinderreichen Familie sind, daß die Genitoren auch sonst weit im Alter fortgeschritten sind oder in den Jahren auffallend weit auseinander liegen. Aus kinderreichen Ehen scheinen sie fast stets zu kommen. Verwandtenehen scheinen nicht häufig zu sein, dagegen sind schwächende Einflüsse zur Zeit der Gravidität öfters nachzuweisen.

Uneheliche Kinder befinden sich wenig darunter, dies zeigt, daß die Verhältnisse der Pfleger der ersten Lebensjahre in keiner Beziehung zur Ätiologie der Krankheit stehen. Auch Frühgeburten und Anomalien des Partus sind ohne anamnestische Bedeutung. Interessant ist die Beobachtung, daß in einem Fall der Mongole ein Zwillingskind war, das andere war nicht von der Krankheit betroffen.

Die Krankheit ist nicht familiär, es sind, soweit mir bekannt, bislang niemals mehrere Fälle in derselben Familie beobachtet worden.

Die Krankheit ist nicht endemisch.

Die Krankheit ist angeboren. Die Kinder bringen die charakteristische Erscheinungsweise mit auf die Welt. Dies ist von hervorragender Wichtigkeit, weil wir also dadurch eine Idiotieform vor uns haben, die wir schon unmittelbar bei der Geburt diagnostizieren können. Sonst zeigt sich die Idiotie naturgemäß meist erst mit den Jahren am Mangel fortschreitender geistiger Entwicklung. Es muß den Eltern gegenüber von Wichtigkeit sein, schon zeitig auf das zu Erwartende hinweisen zu können, zumal die Prognose auch sonst schlecht ist.

Es empfiehlt sich also, bei Neugeborenen, deren Habitus einen gewissen Verdacht erweckt, den Zustand näher zu untersuchen, besonders auch auf die Gelenke zu achten.

Die Gesamterscheinung verschiebt sich mit den Jahren in kaum merklicher Weise: sie zeigt keine ausgesprochene Neigung zur Progression, vielmehr bleiben die ab origine bestehenden Symptome des Habitus im wesentlichen dauernd dieselben. Sie sind aber, wie man allerdings wohl nur bei dauernder Anstaltsbeobachtung wahrnehmen kann, Schwankungen unterworfen. Es ist hier nur von Schwankungen, die nicht unter dem Einfluß der Therapie zustande kommen, die Rede. Diese Schwankungen bestehen vornehmlich, wie schon erwähnt, in einer zeitweiligen psychischen Verschiedenheit, sowie im Zustand des Stuhls. Eine regelmäßige Periodizität besteht nicht. Alle Kinder zeigen die Erscheinung nicht. Einzelne neigen zu starkem Wechsel im Verhalten des Stuhls, eine Schwankung des Ernährungszustandes ist nicht damit verbunden.

Charakteristischer als diese Erscheinung sind bestimmte Symptome im Laufe der Entwicklung. Wie die allgemeine körperliche und geistige Entwicklung, so bleiben auch die motorischen Funktionen zurück. Die Erscheinung beansprucht besondere Beachtung, weil das Ausbleiben der Gehversuche beim Kinde zur üblichen Zeit oft das entscheidende Symptom ist, dessentwegen die Eltern mit dem Kinde zum Arzt gehen. Man kann bei dem Mangel organischer Befunde (keine Lähmung, Atrophie usw.) dann nur eine verlangsamte Entwicklung konstatieren, und es scheint aus den Wahrnehmungen der Beobachter hervorzugehen, daß die fehlende Gehfähigkeit zumeist auch im Zurückbleiben der geistigen Qualitäten ihren Grund hat, daher auch mit deren Zunahme allmählich sich einstellt.

Natürlich wird von Jahr zu Jahr der Unterschied gegenüber gesunden Kindern größer, namentlich von der äußeren Erscheinung abgesehen in zwei Punkten: in der geistigen Entwicklung und im Wachstum.

Was zunächst das Wachstum anbelangt, so bleiben die Mongolen in der Regel gegen die Norm betrachtet nicht unerheblich im Wachstum zurück.

Fast alle Beobachter stimmen in der Angabe überein, daß die Mongolen eine ausnehmend frühe Sterblichkeit aufweisen. In der Tat sind sie alle lymphatisch veranlagt, sind sehr empfindlich gegen äußere Noxen, empfänglich für Erkältungskrankheiten, ferner für Verdauungsstörungen, Ernährungsstörungen der Haut, besonders nässende Ekzeme, namentlich ein chronisches Lidrandekzem, auch öfters Neigung zur Furunkulose treten fast stets hervor. Alles dies ist recht oft bereits der Beginn oder doch sicher ein guter und widerstandsloser Boden für die Tuberkulose, die die Patienten schließlich gerne befällt. Fast alle Beobachter treten für die große Empfänglichkeit der Mongoloiden hierfür ein. Auch sonst scheint ihre Lebenskraft rasch zu erlahmen.

Bei der Ähnlichkeit, die in manchen Punkten freilich mehr sekundärer Natur zwischen dem Mongolismus und dem Myxödem existiert, ist es einleuchtend, daß die günstigen Erfahrungen, die die Thyreoidintherapie bei letzterer Krankheit zu verzeichnen hatte, dazu ermunterten, auch beim Mongolismus das gleiche Mittel zu versuchen. Dasselbe ist auch in der Tat vielfach angewandt und genießt, trotzdem seine Wirkung der beim Myxödem nicht entfernt an die Seite gestellt werden kann, auch zurzeit noch eine gewisse Berechtigung.

Die Medikation bringt aber für die Mongolen eine Gefahr mit sich. Die Natur des Herzens läßt auch in den Fällen ohne objektiv deutlich nachweisbaren Fehler sehr oft zu wünschen übrig, das Herz ist funktionell minderwertig, bedarf also bei dem Mongolen in der Zeit der Thyreoidinkur besonderer Überwachung. Aber auch ohne solche Zufälle ist das Mittel nur von bedingtem Wert. Der Unterschied gegen-

über dem Erfolg des Mittels bei Myxödem und Kretinismus ist der, daß die bei letzteren Affektionen vorhandene spezifische Wirkung fehlt. Dem entspricht es, daß die charakteristischen Symptome durch die Thyreoidintherapie bei Kretinismus und Myxödem schwinden, beim Mongolismus aber unverändert fortbestehen. Der mit Schilddrüse gefütterte Kretin zeigt eine deutliche Zunahme des Längenwachstums, die Haut, also speziell das Myxödem, wird glatt, beginnt Schweiß zu produzieren, die geistigen Qualitäten nähern sich der Norm. Speziell verglichen mit dem Mongolismus ist zu betonen, daß der myxödematöse Gesichtshabitus unter dem Einfluß von Thyreoidin sich bessert und schließlich verschwindet, daß die Zunge klein wird und zurücktritt, die Fontanellen sich schließen, die Zähne zu wachsen beginnen. Alles dies läßt die Thyreoidintherapie beim Mongolen unverändert. Der charakteristische Gesichtshabitus bleibt bestehen. Der Längenwachstumsprozeß zeigt keine Veränderung gegen die thyreoidinfreie Zeit. Anlage und Wachstum der Zähne bleibt defekt, die Hände und Füße ändern ihre plumpe Form nicht. Auch die rauhe Stimme wird durch die Darreichung von Schilddrüse nicht beeinflußt. Die Idiotie besteht ungemindert fort. Von den zahlreichen, in der Erscheinungsweise differenten, ursächlich aber übereinstimmenden anatomischen Merkmalen der Krankheit (Entwicklungsdefekten, degenerativen Zeichen) kann man nach der Art ihres Zustandekommens eine Änderung natürlich überhaupt nicht erwarten.

Dem Obigen gegenüber sind beim Mongolismus eine Reihe von Symptomen aber sehr wohl der Beeinflussung durch Thyreoidin zugänglich. Zunächst das Körpergewicht, welches nach anfänglicher geringer Abnahme eine Steigerung zeigt und dann in regelmäßig ansteigender Kurve sich aufwärts bewegt.

Zweitens zeigt die Beschaffenheit der Haut durch die Thyreoidintherapie eine Änderung. Sie liegt aber mehr in der Abhängigkeit der Beschaffenheit der Haut von dem Zustand des Unterhautfettgewebes. Beim Myxödem verschwindet durch Thyreoidin die gedunsene und pastöse Beschaffenheit der Haut, selbt die Prädilektionsstellen für die Hypertrophie derselben an Nacken, Gesicht, Brust usw. schwinden, auch die Haare wachsen. Die Mongolenhaut sondert nach wie vor Schweiß ab, eigentliche hypertrophische Stellen sind nicht vorhanden, der Unterschied liegt nach der Thyreoidintherapie in einer diffus weniger gedunsenen Beschaffenheit der Haut. Es ist bekannt, daß die Thyreoidintherapie bei vielen Idioten, auch solchen nicht thyreogenen Ursprungs, Besserung namentlich körperlicher Symptome hervorbringt.

Der Mongolismus bietet nun gerade außer den spezifischen fast stets auch solche Momente allgemeiner Natur, welche durch Thyreoidin beeinflußbar sind, dar: geringe Fettleibigkeit, allgemein gestörter Ernährungszustand, Stuhlverstopfung. Wir sehen, daß auch nur diese

Symptome eine Veränderung unter dem Einfluß der Schilddrüsentherapie zeigen.

Also wir können sagen: Diejenigen Symptome, welche beim Mongolismus eine Änderung durch Thyreoidin erfahren, sind nicht spezifischer Natur. Diese Symptome sind allgemeiner Natur und häufige Begleiterscheinungen verschiedenartiger Idiotieformen, besonders allerdings solcher, welche eine Hemmung in Wachstum und Entwicklung bekunden (Infantilismus).

Dagegen bleiben beim Mongolismus die für die Krankheit spezifischen Symptome, vor allem der charakteristische Habitus und Schwachsinn, unter dem Einfluß der Thyreoidinkur ohne jede Veränderung.

Das Thyreoidin ist also kein Spezifikum für den Mongolismus, es vermag für die Krankheit selbst keinerlei Heilwirkung zu entfalten.

In dieser Tatsache ist die Erscheinung begründet, daß die Thyreoidinkur bei Mongolen oft zu Anfang eine rasche Besserung allgemeiner Art hervorbringt, daß aber bald ein stationärer Zustand eintritt, der sich von dem ursprünglichen nur durch die Beseitigung einiger Nebenerscheinungen unterscheidet, und der nun mit oder ohne Thyreoidin unverändert fortbesteht.

Da auch beim Mongolismus eine Reihe von Symptomen bestehen, welche eine mangelhafte innere Sekretion anzudeuten scheinen, so ist, wie gesagt, die Krankheit von vornherein vielfach in Beziehung gebracht worden zu denjenigen Affektionen, welche erfahrungsgemäß auf dem Daniederliegen dieser Funktion beruhen. Es erscheint der Mühe wert, die gemeinsamen und differenten Züge näher zu prüfen.

Zunächst zeigt ein Vergleich der wohlausgeprägten Krankheitsfälle folgendes:

Von eigentlichem Zwergwuchs kann beim Mongolen nur in sehr beschränktem Sinne die Rede sein. Sofern gegen die Norm die Mongolen eine Verminderung zeigen, haben wir es mit einer Zwergfigur, die nicht immer volle Proportionalität darbietet, zu tun. Die Extremitäten (Hände und Füße) sind plump, zuweilen im Mißverhältnis zur ganzen Figur. Das Skelett ist meist gedrungen und fest. Der Kopf ist häufig klein und gerade bei jugendlichen Mongolen — da Kinder relativ großen Kopf haben — nicht in einem für das Alter richtigen Größenverhältnis. Das Skelett hat also nicht den Charakter des auf kindlicher Stufe stehen gebliebenen, sondern zeigt neben einem aprioristischen Wachstumsmangel eines Teils (Kopf) derbe Anlage und irregulären Verknöcherungsprozeß bei geringer Länge. Es ist also eine Anlagestörung von besonderer Form. Demgegenüber ist das Kretinenskelett ein auf kindlicher Wachstumsstufe stehen gebliebenes System, zeigt geringe Länge bei retardierter Verknöcherung, großen Schädel, also eine im späteren Leben

fehlerhafte Proportion, die aber als solche im jugendlichen Alter physiologisch ist.

Für die äußere Bedeckung gilt ein ähnlicher Unterschied. In dieser Beziehung sind die Erscheinungen beim Myxödem spezifischer Natur, sie schwinden dementsprechend prompt nach der Thyreoidintherapie, beim Mongolen handelt es sich um Veränderungen, die auch anderen Idiotieformen zukommen. Die aufgedunsene äußere Bedeckung der Myxödematösen entspringt einer unphysiologischen Schwellung des Unterhautzellgewebes. Auch die Mongolen zeigen nicht selten ein gedunsenes Aussehen, wie aufgeschwemmt, hier handelt es sich zumeist um eine Obesitas, wie sie bei Idioten ganz allgemein zuweilen vorkommt. Da (s. o.) Thyreoidin die allgemeine Fettleibigkeit der Idioten beseitigt, so ist eine Veränderung des Habitus nach Thyreoidin in der Beziehung (auf dem Integument) sowohl beim Myxödem, wie beim Mongolismus vorhanden, die Erfolge sind aber ursächlich sehr verschiedener Natur.

Es ist also zu sagen, daß die mongoloide Idiotie eine durchaus charakteristische, mit einer bestimmten Habitusveränderung einhergehende Schwachsinnsform infantilistischer Art ist. Auch die körperlichen Symptome haben, von bestimmten Besonderheiten abgesehen, z. T. infantilistischen Charakter. Die Krankheit ist angeboren, ihr Verlauf stationär. Im Vordergrunde des Bildes stehen Zeichen von Anlage- und Wachstumsstörungen (Degenerationszeichen, Schädelanomalien), ferner geringe Zwergfigur, atypische Ossifikation usw.)

Die bislang noch geringen pathologisch-anatomischen Untersuchungen weisen gleichfalls auf Anlagedefekte hin. Im Zustand der Hirnrinde sind Anzeichen gefunden worden, welche auf embryonale Stadien der Hirnentwicklung hinweisen. Oft besteht ausgesprochene Kleinheit des Gehirns und primitiver Windungstypus.

Im Krankheitsbild stehen ferner im Vordergrund gewisse Anzeichen, welche an Schädigungen der inneren Sekretion erinnern, dies wird einmal durch gewisse Ähnlichkeit in der Erscheinung mit dem Myxödem bestätigt. Namentlich im frühen Kindesalter erschwert diese Ähnlichkeit nicht selten die Differentialdiagnose.

Die Therapie ist, da die Organtherapie bislang machtlos ist, auf palliative Mittel, geeignete Pflege und erziehliche Maßnahmen gerichtet, es erscheint möglich, daß Stoffwechseluntersuchungen eine kausale Therapie anbahnen können. Die Prognose ist nicht günstig. Die Kranken zeigen relativ früh in der Entwicklung geistigen Stillstand, sind körperlich widerstandslos und meist von nicht sehr langer Lebensdauer.

# KLINIK

für

# psychische und nervöse Krankheiten.

Herausgegeben

von

**Robert Sommer,**
Dr. med. et phil.,
o. Professor an der Univ. Gießen.

**II. Band. 1. Heft.**

INHALT:





**HALLE a. S.**
Verlag von Carl Marhold
1907.

# KLINIK

für

# psychische und nervöse Krankheiten.

Herausgegeben

von

**Robert Sommer,**

Dr. med. et phil.,

o. Professor an der Universität Gießen.

---

**ZWEITER BAND.**



**HALLE a. S.**

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

1908.

# Inhalt.

## 1. Heft.



## 2. Heft.



## 3. Heft.

## 4. Heft.

I.

# Ueber Art und Wert klinischer Gedächtnismessungen bei nervösen und psychischen Erkrankungen.

Von **Dr. Paul Ranschburg**, Leiter des psychologischen Laboratoriums an den ung. kön. heilpädagogischen Instituten zu Budapest.

---

## I. Die psychophysischen Bedingungen der Gedächtnismessungen in pathologischen Fällen.

Inhalt:



### A.

### 1. Einführung in die Methodik.

Bei einer jeden Untersuchung des Gedächtnisses ist es vor allem der Umfang der Leistung, der bei der Wertung der Ergebnisse von hervorragender Wichtigkeit ist. Unter Umfang wird gewöhnlich die Zahl der richtigen Reproduktionen (oder Erkennungsakte) im Verhältnis zur Zahl der eingeprägten Zeichen (Worte, Wortpaare, Zahlen, Bilder usw. verstanden.

Ich fand es seit Beginn meiner Untersuchungen für wichtig, den Begriff des Umfanges (A) in zwei Komponenten aufzulösen. Die erste ist die Verhältniszahl der präzisen, d. h. sofort richtigen Leistungen (P), die zweite diejenige der erst unrichtigen, sodann spontan oder auf Aufforderung berichtigten R.-en, der Korrekturen (C). Die Verhältniszahl der präzisen im Verein mit derjenigen der korrigierten R.-en bestimmt also den Umfang der Leistung. Die ersteren sind bezeichnend für die Präzision, die letzteren für die objektive Sicherheit des Gedächtnisses, zu welcher sich ihre Zahl umgekehrt verhält. Bei

Berechnung des Umfanges werden die präzisen Leistungen als Einheiten, die berichtigten als Bruchteile der Einheit berechnet, wobei der Nenner des Bruches diejenige Ordnungszahl ist, die wievielte Reproduktion (Assoziation) die richtige Leistung brachte. Doch lasse ich, um bloßes Herumraten zu vermeiden, bloß e i n e Berichtigung zu und berechne dieselbe sodann, wie aus obigem folgt, als $^1/_2$ Einheit.[1] Demnach beträgt der Umfang, $A = P + \frac{C}{2}$, wo P die Prozentzahl der präzisen, C diejenige der korrigiert richtigen R.-en ist.

Nun finde ich es, wenn auch nicht unerläßlich, so doch für die Charakterisierung einer jeden physischen sowie geistigen Leistung hinzugehörig, den zeitlichen Verlauf derselben, d. h. bei unseren Messungen die Erkennungs-, oder Reproduktionszeit (T) zu bestimmen. — Dieselbe verhält sich ceteris paribus jedenfalls umgekehrt zur Güte der Leistung, da auch einer vollkommen präzisen Reproduktion im Vergleich mit anderen, ebenso vollkommenen, um so weniger Wert zukommt, je mehr Zeitdauer sie im Vergleich mit den übrigen beansprucht.

Aus diesen Faktoren läßt sich die Gesamtformel der Gedächtnisleistung für praktische Zwecke folgendermaßen darstellen: $M = \frac{P + \frac{C}{2}}{T}$ oder einfacher $\frac{A}{T}$.[2])

Nun fand ich es von Anfang an zweckdienlich, auch die Zahl und Dauer der bei der Prüfung sich ergebenden unrichtigen Assoziationen zu bestimmen. Dieselben werden jedesmal auch qualitativ notiert, wogegen in den nachfolgend angeführten Beispielen dieselben des öfteren bloß mit $a_n$ bezeichnet werden, wo n die Dauer der Assoziation bezeichnet. — Die Zeitdauer der Nullfälle wurde früher nicht bestimmt, während ich, dem Beispiele G. E. Müller u. Pilzeckers folgend, nunmehr auch dieselbe notiere (On).

Die Untersuchung der Merkfähigkeit für ganz kurze Intervalle des sog. u n m i t t e l b a r e n G e d ä c h t n i s s e s (Mi) — ist näher betrachtet vielmehr eine Untersuchung der A u f f a s s u n g s f ä h i g k e i t.

Wenn jemand eine Silben-, Zahlen- oder Wortpaarreihe, die ihm einmal vorgeführt wurde, einige Sekunden hernach mehr oder minder vollkommen wiedergibt, so haben wir in seiner Leistung bloß ein Maß für eine Fähigkeit, die wohl die erste Basis des Gedächtnisses bildet.

[1]) Studien üb. die Merkfähigkeit d. Normalen, Nervenschwachen und Geisteskranken Monatsschrift, f. Psychiatrie u. Neurol. 1901. Bd. IX. — Im Ungarischen schon: Arbeiten der ersten Landeskonferenz ungar. Irrenärzte in Budapest, Oktober 1900.

[2]) S. Ranschburg, Studii sulla misura della memoria etc., Atti de V Congresso internaz. di Psicol.. Roma 1905.

Doch bietet dieses gute oder minder gute Erfassen noch keine Gewähr für die Fähigkeit des Behaltens für längere Intervalle, für Stunden, Tage, Monate, Jahre. Es ist eine allgemein bekannte Erfahrungstatsache, daß so mancher das Gehörte, Gesehene rasch erfaßt, sich für die allernächste Zeit rasch einprägt, es aber fast ebenso rasch wieder vergißt.

Zur Prüfung des eigentlichen Gedächtnisses muß daher auch das Behalten, das Konservierungsvermögen (Mc) für den aufgefaßten Stoff geprüft werden.

Dies kann nun im allgemeinen auf dreierlei Arten erfolgen:

1. Die a-Methode prüft das Behalten, indem die Reize auf bestimmte Weise vorgeführt und erst nach einer bestimmten längeren Zwischenzeit (L), nach Stunden, Tagen usw., ausgefragt werden. Dieselbe ist unpraktisch, weil wir in diesem Falle nicht wissen, wieviel der Untersuchte seinerzeit aus dem vorgeführten Stoffe erfaßt hat, wieviel daher aus dem Reproduzierten dem Behalten zuzuschreiben ist. Die Methode hat im besten Falle bei solchen Kranken Berechtigung und Wert, bei denen wir die Auffassungsfähigkeit durch wiederholte Untersuchungen kennen gelernt und genau präzisiert haben.

2. Die b-Methode untersucht das Behalten, indem die Auffassungsfähigkeit durch sofortige Prüfung festgestellt und nach bestimmten Zwischenzeiten das Behalten nach wiederholter Vorführung geprüft und berechnet wird.

3. Die c-Methode endlich besteht darin, daß das vorgeführte Material sofort nach der Vorführung geprüft, die Auffassung desselben in oben geschilderter Weise präzisiert wird und sodann nach verschieden langen Intervallen, z. B. nach 24 Stunden, nach sechs Wochen usw., die Prüfung ohne wiederholtes Vorführen der Reize (Wo) wiederholt und die Leistung jedesmal festgestellt wird.

In all diesen Fällen wird die Leistung des Behaltens (Mc) durch die Menge des Behaltenen im Verhältnis zur Menge des das erstemal Aufgefaßten in Prozenten ausgedrückt.

4. Endlich können Fälle vorkommen, in denen wir uns bloß mit Hilfe der direkten Lernmethode orientieren können. Bei derselben begnügen wir uns nicht mit der Prüfung des Auffassens nach bloß einmaliger Vorführung, sondern die Einprägung sensu strictiori erfolgt mittels mehrfacher Wiederholungen (r). Nun kann man wieder entweder nach einer jeden Wiederholung ausfragen, oder werden je nach dem Ergebnis zwei, drei, oder auch fünf Wiederholungen angewendet und die Prüfung erfolgt immer nach einer Serie solcher Wiederholungen (z. B. nach je $r_5$. Der Zweck ist, die Wiederholungen möglichst bis zur idealen Leistung fortzusetzen, die darin bestehen würde, daß sämtliche Paarworte sofort richtig, und zwar alle innerhalb der ersten Sekunde reproduziert werden. Da dies durchaus nicht immer forciert werden kann, so pflegen

wir uns mit der möglichsten Annäherung der Leistung an diejenige Leistung zu begnügen, die der normale intelligente Erwachsene nach einmaliger Vorführung ergibt, nämlich mehr als $^2/_3$ präzise Treffer, und mindestens $^2/_3$ derselben innerhalb der ersten anderthalb Sekunden. (Vgl. den II. Teil dieser Untersuchung.) In diesen Fällen wird nun auch das Behalten auf ähnliche Weise geprüft, wodurch das Verfahren dem Ebbinghausschen Lernverfahren (Ersparnismethode) nahe kommt. Der Unterschied ist, daß unsere Methode sich nicht mit dem subjektiven Gefühl des Untersuchten, daß er nämlich in einem bestimmten Moment den Stoff fehlerlos inne hat, begnügen kann. Ansonst wird auch hier die Ersparnis durch die Zahl der Wiederholungen charakterisiert, die zu einer entsprechenden Leistung genügen, gleichzeitig aber durch das Plus, das die nämliche Zahl von Wiederholungen, die das erstemal zur ersten Erlernung benötigt wurden, nun, summiert mit der Wirkung der vorherigen Wiederholungen, hervorbringt. Beispiele der angeführten Methoden werden wir in den nachfolgenden Ausführungen genügend vorfinden.

Die angeführten Arten von Messungen lassen sich mit den meisten Methoden der Gedächtnisuntersuchung kombinieren. Die von mir im Oktober 1900 publizierten Paarmethoden eignen sich für die Anwendung derselben ganz besonders, und zwar sowohl die Wortpaarmethode, als auch die Paarmethode zur Untersuchung des Personen-, Namen- und Zahlengedächtnisses.[1])

Doch zeigten eben meine damals mitgeteilten, in deutscher Sprache 1901 erschienenen Studien über die Merkfähigkeit usw., daß — von speziellen Fällen abgesehen — das Wortgedächtnis an und für sich ein empfindliches Mittel darstellt, um am selben die Beeinflussungen der Merkfähigkeit durch Alter, Bildung, nervöse und psychische Krankheiten entsprechend nachweisen zu können.

Die nachfolgenden Besprechungen der Art und des Wertes von psychopathologischen Gedächtnisprüfungen beziehen sich demgemäß sämtlich auf das der genaueren Untersuchung am leichtesten zugängliche Wortgedächtnis.

Dasselbe wurde geprüft, indem ich dem Kranken Wortpaare, die aus je einem einsilbigen Stichwort und einem demselben singgemäß assoziierten Paar- oder Schlagwort bestanden, unter mehr-minder genau abgemessenen psychophysischen Bedingungen vorführte und nach Ablauf einer Zwischenzeit von mindestens sechs Sekunden prüfte, indem nun die Stichworte vorgeführt wurden und zu einem jeden derselben das zugehörige Schlagwort aus dem Gedächtnisse reproduziert werden mußte.

[1]) Sitzungsbericht der 3. Sektion der ungar. Akademie d. Wissenschaften vom 19. November 1900. Bericht des korresp. Mitgliedes Prof. K. Laufenauer über: D. P. Ranschburg's Apparat und Methode z. Unters. der Gedächtniskraft. — Orvosi Hetilap. 1900.

Die Vorführung der Wortpaarserien erfolgte anfangs ausschließlich mündlich (akustische Methode), später ließ ich das vorgesprochene Wortpaar jedesmal vom Kranken sofort laut wiederholen (akustisch-motorisch-akustische Methode). Als im Sommer 1900 mein optischer Apparat (Mnemometer) fertig wurde, erfolgte die Vorführung womöglich mittels desselben, wobei die Wortpaare entweder lautlos abgelesen wurden (optische Methode), oder, wie dies in fast sämtlichen Fällen geschah, die Ablesung laut oder halblaut erfolgte (optisch-motorisch-akustische Methode). An manchen Kranken wurden auch Untersuchungen mit beiden Arten (optischen und akustischen) der Vorführung vorgenommen.

Die Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden sollen weiter unten ausführlicher behandelt werden. Hier sei nur bemerkt, daß in allen im Laufe dieser Zeilen anzuführenden Fällen, wo es nicht anders hervorgehoben ist, die optisch-motorisch-akustische Art der Einprägung angewendet wurde.

Im folgenden sollen nunmehr die für die Praxis wichtigsten psychophysischen Bedingungen der Gedächtnisuntersuchung auf Grund meiner in nun siebenjährigen fast unausgesetzten Beschäftigung mit Gedächtnisprüfungen gesammelten Erfahrungen besprochen werden.

Die Aufstellung der Probleme und die konsequent durchgeführte Lösung derselben, wie dieselbe für das normale Gedächtnis z. B. in den Werken von Ebbinghaus und besonders in denjenigen von G. E. Müller und Schuhmann, G. E. Müller und E. Pilzecker angestrebt und vielfach auch erreicht wurde, ist an pathologischem Material undurchführbar. Das wechselnde Krankenmaterial der Klinik, der häufig und unversehens wechselnde Zustand der Geisteskranken, die Empfindlichkeit und Hypochondrie und noch mehr die Ermüdbarkeit der Nervenkranken, sowie die äußeren Verhältnisse setzen derartigen Bestrebungen stets wechselnde, immer aber ziemlich enge Schranken.

Dennoch hoffe ich, mehrere Hauptpunkte, so die Bedeutung der Qualität und Quantität des einzuprägenden Stoffes, der Dauer resp. des Tempos der Einwirkung, die Wirkung der kürzeren und längeren Zwischenzeiten, die Rolle der Wiederholungen, den Wert der Messung der Reproduktionsdauer, sowie die Technik der Einprägung und der Prüfung der Klärung nähergebracht zu haben.

Im zweiten Teile dieser Arbeit sollen sodann meine Erfahrungen über die diagnostische und prognostische Verwertbarkeit derartiger Untersuchungen folgen.

Zur Mitteilung der scheinbar mehr theoretisch interessanten Untersuchungen des ersten Teiles in diesem vorzüglich klinischen Sammelwerke fühlte ich mich um so mehr ermutigt, ja verpflichtet, da dieselben dem wichtigen Sommer'schen Prinzipe, daß „die Art der Untersuchung für alle Beobachter einigermaßen gleichmäßig geregelt und dadurch das

Subjektive in der Auffassung der Erscheinungen möglichst vermieden werde", bezüglich der Gedächtnismessungen den Weg ehnen.

Seit der Veröffentlichung meiner ersten „Studien über die Merkfähigkeit usw." in der Wernicke-Ziehen'schen Monatsschrift haben sich mehrere Forscher an verschiedenen Kliniken, so Weber und Nitsche (Göttingen), Boldt (Jena), teilweise auch Kurt Goldstein (Freiburg), besonders aber von Leupoldt (Gießen), ferner Guicciardi in Reggio d'Emilia (Italien) meiner Paarmethode in mehr-minder unveränderter Fassung bedient oder ihre Resultate mit den meinigen verglichen.

Dabei wurde manches an meiner älteren oder neueren (mnemometrischen) Methode auszusetzen gefunden, was ich übrigens natürlich finde, diesenortes den genannten Forschern für ihre Bemerkungen danke und all meine Erwiderungen, ohne mich persönlich an den einen oder andern zu wenden, in meine folgenden Erörterungen einschließe.

Nur das eine sei mir erlaubt, zu betonen, daß zwischen meiner erstpublizierten, das ganze praktisch wichtige Gedächtnis umfassenden, und meiner späteren, bloß das Wortgedächtnis prüfenden Methode kein grundsätzlicher Unterschied vorhanden ist. Die erstere wurde gutenteils angewendet, um dasjenige Spezialgedächtnis, welches für eine leicht zugängliche, dabei aber empfindliche Untersuchung der Merkfähigkeit das geeigneteste ist, zu ergründen. Nachdem die erste Methode mir diesen Dienst geleistet hatte, wandte ich mich der möglichst systematischen Untersuchung der Art und des Wertes der Prüfung dieses Spezialgedächtnisses, nämlich der Merkfähigkeit für Wortverbindungen, zu.

Es sei noch bemerkt, daß alle hier angeführten Untersuchungen ausschließlich in den Vormittagsstunden erfolgten.

Der Ort der Untersuchungen war in den Jahren 1900 bis 1902 das damals an die kön. ungar. psychiatrische Universitätsklinik angeschlossene psychologische Laboratorium an der Abteilung für ruhige Geisteskranke. Vom Herbst 1902 erfolgten die spätern Untersuchungen an Normalen, Nervös- und Psychischkranken (privaten Kranken) im Psychologischen Laboratorium, das nun unter meiner Leitung an die ung. kön. heilpädagogischen Institute, und zwar in Anlehnung an die staatliche Hilfsschule zu Budapest angeschlossen ist.

Es sei mir gestattet, für die besondere Liebenswürdigkeit, mit der mir seinerzeit Herr Dr. E. E. Moravcsik, o. ö. Professor der Psychiatrie und Direktor der Klinik, sein Krankenmaterial zur Verfügung stellte, meinen herzlichen Dank auszusprechen. Den Dank, den ich meinem gewesenen verehrten Chef und Meister, weil. Prof. Karl Laufenauer, für die Förderung meiner Studien schulde, kann ich demselben nur mehr nachfühlen.

### 2. Ueber die Bedeutung der Qualität des einzuprägenden Stoffes.

Da es sich darum handelt, den zu untersuchenden Kranken ein je gleichmäßigeres Wortpaarmaterial vorzuführen, so fragt es sich, nach welchen Regeln ein solches zusammengestellt werden kann.

Gänzlich gleichwertige Assoziationen lassen sich nicht einmal aus sinnlosen Silbenpaaren, geschweige denn aus sinnvollen Wortpaaren in Massen herstellen. Es ist selbstredend, daß die Verwandtschaft zweier inhaltlich zusammengehöriger Worte bei verschiedenen Individuen ebensowenig genau dieselbe sein kann, wie die Vergangenheit und der geistige Inhalt, das Ich, das bei einem jeden ein verschiedenes ist. Dennoch kann man bei einiger Übung ein Material von 4—500 entsprechenden Wortpaaren für die Untersuchungen zusammenstellen, die, in Serien verteilt, unter gewissen, genügend günstigen Bedingungen, z. B. bei her Expositionsdauer von zwei Sekunden, bei den verschiedensten normalen, gebildeten Erwachsenen mit geringer Variation die nämlichen oder einander sehr nahestehenden Resultate ergeben.

a) Ich bildete mein Material ausschließlich in der Weise, daß das Stichwort ein-, das Paarwort zweisilbig ist und die Betonung des Paarwortes ebenfalls auf die erste Silbe fällt. Also z. B. Haús-Wóhnung, Bier-Gérste, und nicht Búch-Verlág. Auch beschränkte ich mich — von speziellen Fällen abgesehen — auf Anwendung von Hauptworten, und ist dies behufs Gleichmäßigkeit des Materials auch entschieden zu beachten. Würden z. B. Eigenschafts- oder Zeitworte ebenfalls angewendet werden, wodurch die Reichhaltigkeit und Variabilität dss Wortvorrats für die Versuche erfreulich gesteigert wird, so sollte dies jedenfalls nach vorher zu bestimmendem Prinzip, z. B. abwechselnd Serien von Paaren aus Hauptworten, Hauptwort und Eigenschaftswort, Hauptwort und Zeitwort erfolgen, oder aber sind dieselben nach festgesetztem Plane zu mischen.

b) Wie dies schon in meinen ersten Studien betont wurde, sind **Assoziationen, die zusammengelesen auch ein zusammengesetztes Wort bilden, unbedingt zu meiden,** da dieselben ungleich leichter als sonstige Wortverbindungen behalten werden. Solche wären z. B.: Wein-Traube, Gold-Grube, und noch viel mehr: Bier-Stube, Haus-Meister, Stern-Warte, die bloßen Wortergänzungen entsprächen.

c) Man kann auch der Reichhaltigkeit des Wortpaarvorrates halber mit denselben Stichworten verschiedene Assoziationen verbinden, wie z. B. Dach-Schornstein, Dach-Rinne, Dach-Ziegel, — oder Baum-Krone, Baum-Palme, Baum-Wipfel, — oder Tag-Woche, Tag-Stunde, Tag-Sonne, Tag-Arbeit usw. Doch ist dieses Material mit identischen Anfangs- oder Endgliedern sorgfältig auseinanderzuhalten, und dürfen wir an einem

und demselben Individuum nie dasselbe Stichwort mit verschiedenen Paarworten, ebensowenig verschiedene Stichworte mit identischen Paarworten verwenden, auch nicht, wenn Tage oder auch Wochen dazwischen verflossen sind, da es sonst fast sicher zu Hemmungen und infolge derselben zu Verwechslungen, verspäteten oder wegbleibenden Reproduktionen kommt. Es handelt sich in diesen Fällen um die von G. E. Müller und Schuhmann[1]) nachgewiesene assoziative, häufiger um die von Müller und A. Pilzecker[2]) an sinnlosem Silbenmaterial nachgewiesene reproduktive (effektive) Hemmung.

d) Es ist möglichst zu beachten, daß — wieder von speziellen Versuchszwecken abgesehen — in dem Wortpaarmaterial eines und desselben Versuchstages keine einander inhaltlich näher verwandten Worte vorkommen, [3]) da solche zu Hemmungen, Verwechslungen oder völligem Versagen der Reproduktion führen (s. weiter unten).

Es kann aber auch zweckmäßig erscheinen — und ich denke bei zu künftigen Untersuchungen der Auffassung und des Gedächtnisses wird es nicht ohne Nutzen sein — zu speziellen Zwecken außer dem gewöhnlich verwendeten, möglichst heterogenen Material auch Serien aus einander möglichst homogenen (lautlich und noch viel mehr dem Sinne nach verwandten) Assoziationen herzustellen und zu verwenden.

Gelingt es, die Ähnlichkeiten der bald nacheinander auftauchenden Wortpaare künstlich zu häufen, so kommt es, wie ich dies anderenortes an Normalen schon nachgewiesen habe, zu Hemmungen der Auffassung, des Behaltens und der Reproduktion.

Dies möge nachfolgende Untersuchung eines gebildeten Kranken mit ziemlich ausgesprochener progressiver Demenz veranschaulichen.

Jur. Dr. B. 40. J. a. Progressive Demenz. (Gibt an, die deutsche Sprache vollkommen zu beherrschen, was sich jedoch als nicht ganz richtig herausstellt.) Untersuchung mit Mnemometer am 9. Dezember 1904. Das Material aus 45 Assoziationen in fünf Gruppen zu je neun Wortpaaren wird dreimal nacheinander vorgeführt (Expositionszeit pro Wortpaar zwei Sekunden), zwischen den einzelnen Gruppen je 25 Sekunden Pause eingehalten und eine Minute nach Beendigung der dritten Vorführung ausgefragt, die Reproduktionszeit mit Fünftelsekundenuhr gemessen.

Heterogene Serien.

| | Assoziationen: | Am 9. Dezember 1904. | Nach 24 Stunden ohne wiederholte Expos. von neuem ausgefragt: |
|---|---|---|---|
| $S_1$ | Kind—Jugend | 1·2 | 1·4 |
| | Sand—Wüste | 1·4 | 1·8 |
| | Rot—Farbe | 1·4 | 1·8 |

[1]) Expr. Beitr. z. Unters. d. Gedächtn. Zeitschr. f. Psychol. 1894.

[2]) Experim. Beitr. z. Lehre v. Gedächt 1900.

[3]) P. Ranschburg, „Über d. Bedeut. d. Ähnlichkeit f. d. Erlernen, Behalten u. f. d. Reproduktion. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 1905.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Koch—Suppe | 3·6 | 2·4 |
| | Trank—Becher | 2·0 | 2·4 |
| | Schlaf—Ruhe | 2·4 | 6·8 |
| | Hund—Dogge | $0_{4\cdot4}$ | Treue $_{3\cdot6}$— |
| | Dach—Schornstein | Ziegel $_{2\cdot4}$—$C_{9\cdot4}$ | 2·8 |
| | Wurm—Raupe | $0_{16\cdot8}$ | Apfel $_{3\cdot8}$ — $0_{18\cdot0}$ |
| | | | |
| • | Dieh—Räuber | 1·4 | 2·2 |
| | Sarg—Leiche | 1·6 | 2·4 |
| | Zahl—Ziffer | $0_{18\cdot2}$ | $0_{11\cdot6}$ |
| | Last—Plage | Sorge $_{15\cdot0}$— Kummer $_{18\cdot6}$ | Träger $_{17\cdot8}$ — |
| | Ball—Maske | 2·6 | 6·4 |
| | Ton—Stimme | Musik $_{2\cdot8}$ — $0_{17\cdot6}$ | Musik $_{3\cdot7}$ — Lied, nein, das I war's nicht $_{15\cdot0}$ |
| | Brust—Lunge | 10·6 | Kraft $_{14\cdot6}$ — |
| | Akt—Schauspiel | 3·6 | 2·2 |
| | Lenz—Blume | 7·4 | 2·8 |
| | | | |
| $S_3$ | Ruhm—Lorbeer | Maler $_{8\cdot8}$— | $0_{14\cdot4}$ |
| | Bild—Maler | 1·8 | 2·4 |
| | Faß—Keller | 2·4 | 3·6 |
| | Stein—Felsen | 1·6 | $0_{9\cdot2}$ |
| | Hnt—Kappe | Haar $_{4\cdot6}$ — $0_{11\cdot8}$ | Haar $_{4\cdot6}$ — Kopf $_{9\cdot2}$ |
| | Ring—Finger | 5·6 | 1·6 |
| | Ding—Sache | 2·4 | 1·8 |
| | Haar—Scheere | 1·6 | 3·8 |
| | Eis—Gletscher | Winter $_{18\cdot4}$— | Schnee $_{8\cdot6}$ — $0_{11}$ |
| | | | |
| $S_4$ | Band—Masche | $0_{10\cdot4}$ | $0_{18\cdot8}$ |
| | Geiz—Habsucht | 9·4 | 1·8 |
| | Weib—Liebe | 1·4 | 1·4 |
| | Haus—Wohnung | Heimat $_{7\cdot4}$— Herd $_{10\cdot6}$— | Ziegel $_{6\cdot8}$— Herd $_{18\cdot8}$— |
| | Krug—Henkel | 3·0 | nennt das Wort erst ungarisch $_{5\cdot8}$, sodann deutsch 7·8 |
| | Kraut—Rübe | $0_{18\cdot4}$ | 1·2 |
| | Thron—Kaiser | 1·8 | 3·2 |
| | Lied—Dichter | 10·2 | 4·0 |
| | Heu—Futter | (nennt das Wort ungarisch, erst nach längerer Besinnung deutsch:) 13·4 | (wie gestern) 13·4 |
| | | | |
| $S_5$ | Braut—Hochzeit | $0_{18\cdot8}$ | $0_{11\cdot4}$ |
| | Blei—Silber | 5·4 | 2·2, oder Gold |
| | Kuh—Weide | 1·4 | 1·4 |
| | Buch—Schule | 2·8 | $0_{8\cdot6}$ |
| | Hals—Kehle | Lunge $_{9\cdot6}$ — $0_{15\cdot4}$ | $0_{15\cdot4}$ |
| | Bau—Ziegel | 8·2 | 2·4 |
| | Brot—Nahrung | 3·4 | 2·2 |
| | Geld—Reichtum | Wert $_{7\cdot8}$ — $0_{1\cdot8}$ | Wert $_{3\cdot4}$— |
| | Zahn—Kiefer | 3·0 | 3·4 |

## Homogene Serien.

| | Am 10. Dezember 1904. | | Nach 24 Stunden ohne wiederholte Exp. neu ausgefragt. |
|---|---|---|---|
| $S_1$ | Holz—Kohle | Wald $_{3\cdot6}$ — | 10·8 |
| | Dampf—Hitze | Schiff $_{9\cdot3}$ — | Feuer $_{7\cdot0}$ — |
| | Ball—Musik[1]) | Tanz $_{1\cdot3}$ — Walzer $_{11\cdot8}$ — | Maske $_{6\cdot2}$ — Walzer $_{12\cdot4}$ — |
| | Tanz—Walzer | 9·2 | 6·2 |
| | Pferd—Wagen | 2·8 | Esel $_{2\cdot6}$ — $C_{7\cdot2}$ |
| | Roß—Reiter | 0 | Sattel $_{7\cdot2}$ — |
| | Arzt—Heilung | $0_{17\cdot0}$ | Arznei $_{3\cdot0}$ — $C_{11\cdot2}$, od. Genesung |
| | Puls—Fieber | 5·8 | 2·4 |
| | Streit—Ärger | [Ärger(nis)] 3·6 | Hader $_{2\cdot3}$ — C (nis) $_{4\cdot8}$ |
| $S_2$ | Fuchs—Falle | 7·0 | $0_{6\cdot4}$ |
| | Maus—Ratte | 2·4 | 1·4 |
| | Obst—Birne | 2·4 | 2·2 |
| | Wurm—Apfel | 2·2 | 1·6 |
| | Teich—Wasser | Strom $_{7\cdot6}$ — | Quelle $_{2\cdot8}$ — Segel $_{6\cdot8}$ — |
| | Fluß—Strömung | Ufer $_{2\cdot6}$ — Damm $_{4\cdot3}$ —C | Strom $_{4\cdot8}$ — Ufer 10·0 — |
| | Bach—Quelle | 10·6 | $0_{11\cdot0}$ |
| | Schiff—Wage | Segel $_{2\cdot2}$ — | Segel $_{2\cdot0}$ — Ruder $_{11\cdot4}$ — |
| | See—Welle | Strom $_{17\cdot4}$ — Quelle $_{18\cdot6}$ — | Quelle $_{18\cdot6}$ — |
| $S_3$ | Boot—Segel | $0_{15\cdot4}$ | 3·6 |
| | Meer—Ebbe | $0_{13\cdot4}$ | Welle $_{5\cdot4}$ — |
| | Strom—Ufer | 2·6 | 3·4 |
| | Bucht—Hafen | ($0_{15\cdot2}$) 17·2 | $0_{16\cdot8}$ |
| | Blitz—Wolke | $0_{13\cdot8}$ — | Strahl $_{5\cdot0}$ — |
| | Mond—Himmel | Nacht $_{13\cdot6}$ — | Strahl $_{14\cdot3}$ — Schein $_{18\cdot8}$ — |
| | Strahl—Wärme | $0_{8\cdot8}$ | Licht $_{8\cdot4}$ — |
| | Licht—Äther | Sonne $_{5\cdot4}$ — | $0_{15\cdot0}$ — |
| | Wind—Regen | $0_{9\cdot6}$ | $0_{14\cdot2}$ |
| $S_4$ | Brett—Stange | 2·0 | $0_{10\cdot2}$ |
| | Nest—Schwalbe | Vogel $_{2\cdot3}$ — $C_{4\cdot4}$ | Vogel $_{5\cdot3}$ — $C_{10\cdot0}$ |
| | Baum—Schatten | Ast $_{1\cdot6}$ — Zweig $_{3\cdot0}$ — | Ast $_{1\cdot4}$ — Zweig $_{4\cdot6}$ — |
| | Zweig—Blüte | Laub $_{7\cdot0}$ — Ast $_{13\cdot8}$ — | Vogel $_{3\cdot4}$ — |
| | Strauß—Blume | 14·2 | 2·8 |
| | Dorn—Rose | $0_{8\cdot4}$ — | 6·0 |
| | Blatt—Stengel | $0_{7\cdot6}$ — | Laub $_{4\cdot4}$ — |
| | Wald—Fichte | $0_{16\cdot2}$ | Wild $_{8\cdot2}$ — |
| | Stamm—Wurzel | $0_{13\cdot2}$ | Baum $_{3\cdot8}$ — |
| $S_5$ | Strauch—Dickicht | 16·2 | $0_{12\cdot4}$ — |
| | Ast—Vogel | Laub $_{4\cdot6}$ — Zweig $_{7\cdot8}$ — | Laub $_{2\cdot8}$ — |
| | Laub—Krone | Zweig $_{10\cdot4}$ — | Blume $_{7\cdot4}$ — |
| | Rauch—Feuer | Ruß $_{4\cdot0}$ — | Ruß $_{2\cdot6}$ — $C_{16\cdot8}$ |
| | Brand—Funke | Rauch $_{10\cdot6}$ — | Kohle $_{7\cdot4}$ — |
| | Glut—Asche | 3·2 | 9·8 |
| | Ruß—Flamme | Rauch $_{10\cdot8}$ — | Kohle $_{5\cdot6}$ — Rauch $_{11}$ |
| | Herd—Ofen | Feuer $_{2\cdot2}$ — | Feuer $_{9\cdot3}$ — |
| | Docht—Lampe | 2·0 | 1·6 |

Werden nun in oben behandelter Weise Umfang, Sicherheit und Dauer des unmittelbaren Gedächtnisses (Mi) sowie des konservativen Gedächtnisses (Mc) berechnet, so ergibt sich eine Minute nach dem Erlernen als Gedächtnisumfang 67,8 % bei dem heterogenen, dagegen bloß 37,3 % bei dem homogenen Material. Die wahrscheinliche mittlere Reproduktionsdauer ergibt 2,5" bei den heterogenen (n = 30), 3,4" bei den homogenen Reihen (n = 16). Die konservierende Kraft des Gedächtnisses (Mc) beträgt bei dem heterogenen Material 91,7 %, bei dem homogenen hingegen 86,32 % des vor 24 Stunden erlernten und bald danach das erstemal ausgefragten und richtig reproduzierten Materials. Die auffallende Stärke des unmittelbaren und besonders des konservativen Gedächtnisses ist hier eine Folge des mittels dreimaliger Wiederholung erlernten Materials.

Handelt es sich nicht um derartige, künstlich gehäufte Ähnlichkeiten, sondern bloß um ein bis zwei einander verwandte Begriffe, so werden dieselben mittels logischer Hilfsmittel durch Anheften unterscheidender Merkmale einander gegenübergestellt und hierdurch ihre Auffassung, ihr Behalten und ihre Reproduktion sogar erleichtert. Doch geschieht dies zumeist bloß für kurze Intervalle, da mit der Zeit die mehr-minder wissentlich angewandten Hilfsmittel verblassen und sodann Verwechselung oder entfallende Reproduktion eintritt.

Unter meinem ungarischen Wortpaarmaterial war es besonders die Serie$_3$ und die $S_6$, welche schon bei Normalen, um so mehr bei Nervösen und Geisteskranken, sozusagen bei sämtlichen Untersuchten, Hemmungen, Verwechslungen, Korrekturen und verspätete Reproduktionen verursachte. In diese Serien waren mir im Jahre 1900, als ich dieselben zusammenstellte und die inhaltliche Verwandtschaft der Wortpaare mehr instinktiv als bewußt zu vermeiden suchte, dennoch mehrere einander entschieden verwandte Begriffspaare hineingeschlüpft. Als ich das Unheil, das sie anrichteten, indem sie mir von Anfang an die Gleichmäßigkeit der Resultate verdarben, zu bemerken und zu verstehen anfing, da mied ich anfangs diese Serien, kehrte später wieder zu denselben zurück, um zu beobachten, wie tatsächlich dieselben Wortpaare bei fast allen Untersuchten in irgendeiner Form zur Hemmung des Vorstellungsverlaufs führten. Es waren dies die hier ins Deutsche übertragenen Wortpaare 3, 6 und 7 der $S_3$: Rauch-Ruß, Flamme-Kerze, Feuer-Asche, ferner die Wortpaare 2, 3, 4 der $S_6$: Teich-Schwan, Wasser-Quelle, Damm-Flut, sowie auch die achte Assoziation der $S_8$: Karpfen-Fogasch, die mit der ziemlich weit nachher folgenden zweiten Assoziation der $S_5$: Fisch-Hecht ebenfalls recht häufig zu Kollisionen führte.

Kommen nun gar innerhalb eines, an einem Tage eingeprägten Materials viele solche Ähnlichkeiten vor, so werden die Ungleichheiten der Ergebnisse der einzelnen Serien, sowohl was

ihren Umfang als auch ihre Sicherheit und Reproduktionsdauer betrifft, in erster Reihe in solchen Hemmungen durch homogene Bestandteile zu suchen sein.

Es wäre also ein für die Versuche verhängnisvoller Irrtum, zu meinen, daß die Warnung vor der hemmenden Wirkung der inhaltlichen Ähnlichkeit bloß von theoretischer Bedeutung ist. Die destruierende Wirkung ist um so stärker, als die Hemmung schon bei der Auffassung, also während der Vorführung zum Ausdruck kommt, häufig die Aufmerksamkeit noch nachträglich während der Einwirkung neuer Wortpaare an die schon absolvierten fesselt, also Zerstreutheit und Unlustgefühle provoziert.

f) Eine weitere, meines Wissens bisher überhaupt wenig diskutierte, jedenfalls unentschiedene Frage ist es, ob bei klinischen Gedächtnisuntersuchungen sinnloses Material von Wert ist. Gelegentlich meiner vor Jahren mitgeteilten Versuche[1]) war die Gruppe V einer Reihe von Wortpaaren gewidmet, die miteinander ohne irgendwelche sinngemäße Verwandtschaft verknüpft waren. Bei diesen Versuchen zeigte es sich, daß aus dieser Gruppe die Schulkinder von 12 Jahren sowie die ungebildeten Erwachsenen 20 %, die gebildeten Erwachsenen 40 %, die Neurastheniker sowie die Paralytiker gleicherweise 0 % richtige Reproduktionen im Mittel ergaben. Unter zwölf Neurasthenikern fanden sich überhaupt nur drei, die aus der Gruppe von fünf sinnlosen Wortpaaren ung. 10 bis 15 Minuten später ein bis zwei Paarworte auf Vorsagen des Stichwortes reproduzieren konnten, unter 20 Paralytikern fanden sich insgesamt zwei, die ein resp. zwei richtige Reproduktionen ergaben, wogegen aus den sinnvollen Assoziationen bei den Neurasthenikern 37 %, bei den Paralytikern 7 % durchschnittlich richtig erinnert wurden.

So hatte ich bei meinen nachfolgenden genauern klinischen Untersuchungen auf Untersuchung dieses Spezialgedächtnisses mit wenigen Ausnahmen verzichtet und mich auf die sinngemäßen Wortverbindungen beschränkt. Um so weniger hielt ich die Anwendung des Erlernens von sinnlosen Silbenreihen und Silbenpaaren für zweckmäßig.

Erst in letzter Zeit hatte ich mich in einigen Fällen wieder entschlossen, an Patienten mit beginnender Demenz die Versuche mit meinen verschärft normalen heterogenen sowie homogenen sinnlosen Silbenreihen durchzuführen, und dies brachte mich auch auf meine frühere Methode der Wortpaare ohne sinngemäße Verknüpfung zurück.

Folgende Untersuchung, am obigen Kranken mit fortschreitender progressiver Demenz aufgenommen, wäre vielleicht berufen, die Frage zu entscheiden:

[1]) Studien über die Merkfähigkeit der Normalen, Nervenschwachen und Geisteskranken. L. c.

Serie A besteht aus folgenden neun Assoziationen, die ich hier im Original sowie in Übersetzung gebe, in welcher die Betonung des Originals (—́— || ◡́ ◡) selbstredend verloren geht.

1. völgy—batyu, 2. törzs—eszme, 3. bér—doboz, 4. szin—barát, 5. faj—tavasz, 6. hold—vonó, 7. elv—viskó, 8. hö—szilva, 9. toll—eskü. Das heißt:

| 6. Dezember 1904 | $W_5 + I_{10'}$ | $W_5 + _s$ | $W_{10} + _s$ | $W_{15} + _s$ | $W_{20} + _s$ | $W_{30} + _s$ | 30' später $W_0$ | + 24 h $W_1$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Tal—Ränzel | Freund $_{3\cdot 0}$ — | Frühling $_{3\cdot 0}$ — | 0 — | 2 . 0 | 1 . 0 | 2 | 1 | 2 |
| 2. Rumpf—Idee | $0_{5\cdot 0}$ — | 2 . 0 | 2 . 0 | 2 . 0 | 5 . 0 | 2 | 2 | 1 |
| 3. Verdienst—Schachtel | Freund $_{7\cdot 0}$ — | Hütte $_{3\cdot 0}$ — | Frühling $_{6\cdot 0}$ — Hütte — | 2 . 0 | 3 . 0 | 2 | 2 | 1 |
| 4. Farbe—Freund | ich habe keine Ahnung $_{7\cdot 0}$ — | Frühling $_{3\cdot 0}$ — | 3 . 0 | 5 . 0 | 2 . 0 | 2 | 3 | 1 |
| 5. Gattung—Frühling | 4 . 0 | 0 — | 3 . 0 | 6 . 0 | 3 . 0 | 2 | 1 | 1 |
| 6. Mond—Bogen | 2 . 0 | 2 . 0 | 2 . 0 | 2 . 0 | 2 . 0 | 2 | 1 | 1 |
| 7. Prinzip—Hütte | Freund $_{3\cdot 0}$ — | $0_{10\cdot 0}$ — | 0 — | 5 . 0 | 3 . 0 | 6 | 4 | 5 |
| 8. Wärme—Pflaume | 4 . 0 | $0_{10\cdot 0}$ | 3 . 0 | 2 . 0 | 4 . 0 | 3 | 3 | 2 |
| 9. Behälter—Eid | 2 . 0 | 2 . 0 | 3 . 0 | 1 . 0 | 3 . 0 | 3 | 1 | 2 |
| | A = 4/9 | A = 3/9 | A = 6/9 | A = 9/9 | A = 9/9 | A = 9/9 | A = 9/9 | A = 9/9 |

Wie aus der Untersuchung ersichtlich, erfolgten nach 15 Vorführungen, bei der dritten Ausfragung, richtige Reproduktionen zu $^2/_3$, nach weiteren fünf Vorführungen, bei der nächsten Ausfragung, zu $^9/_9$ der sinnlosen Wortverbindungen. Dieser volle Umfang der Reproduktionsfähigkeit bleibt denn auch bei den weiteren zehn Vorführungen erhalten, während die mittlere Dauer der Reproduktionen Schwankungen aufweist und dieselben im allgemeinen innerhalb der zweiten bis dritten Sekunde erfolgen. Nach einer halbstündigen Pause —, deren erste und letzte fünf Minuten tatsächliche Ruhepausen sind, die mittleren 20 Minuten hingegen mit Ausfragung früher erlernter sinngemäßer Serien ausgefüllt werden, — wird ohne erneuerte Vorführung wieder ausgefragt, wobei Umfang noch immer $^9/_9$ ist, während die Reproduktionsdauer sich entschieden verkürzt hat. Nach ferneren 24 Stunden ist die Festigkeit der erworbenen Übung noch hinreichend, um auf einmalige Vorführung wieder A = $^9/_9$ zu resultieren, wobei die meisten Reproduktionen noch immer gegen das Ende der ersten Sekunde fallen.

Nun gibt es für das Behalten des sinnlosen Materials hauptsächlich zwei Möglichkeiten, und zwar handelt es sich a) entweder um ein rein perzeptives Einprägen auf visueller, akustischer, motorischer oder gemischter Grundlage, oder b) es handelt sich um mittelbare Assoziationen, die zwischen den unzusammenhängenden Stich- und Paarworten künstlich und in aller Eile gebildet werden.

Als die Prüfung auch nach 24 Stunden so auffallend günstig ausfiel, fragte ich den trotz seiner vorgeschrittenen Demenz ganz komponierten Kranken, wie er es angestellt hatte, sich die schweren Wortpaare zu merken.

Nun gab er folgende Erklärung für die einzelnen Wortpaare ab, die ich hier genau wiedergebe:

1. Bei Tal-Ränzel stellte ich mir einen Wanderer vor, der sein Ränzel, ins Tal gelangt, ablegt.

2. Bei Rumpf-Idee dachte ich: Rumpf-Kopf-Idee.

3. Bei Verdienst-Schachtel dachte ich an folgendes: ein kleines Verdienst hat Raum in einer Schachtel.

4. Bei Farbe-Freund dachte ich: — [hier muß ich bemerken, daß das ungarische szin (lies: ssien) auch oberflächlichen Schein bedeutet] — „bei uns hier ist Freundschaft bloß Schein".

5. Bei Gattung (Art) -Frühling dachte ich an die Vermehrung der Arten, die im Frühling vor sich geht.

6. Bei Mond-Bogen (ident. Violinbogen) dachte ich an Musik mit Violin nebst Bogen im Mondschein.

7. Bei Prinzip-Hütte dachte ich daran, daß, wer an Prinzipien festhält, kein Haus bauen kann, sondern in der Hütte feststeckt.

8. Bei Wärme-Pflaume dachte ich an den Sommer, der die Pflaumen reift.

9. Bei Hülse (Behälter) -Eid dachte ich an den jüdischen Eid, der in einer kleinen Hülse an den Türpfosten befestigt wird (die Mesusa).

Diese Erklärung zeigt deutlich, daß beim Patienten trotz Demenz, Dysarthrie und verschiedenen zweifellosen Symptomen der organischen Hirnerkrankung nicht nur die Merkfähigkeit, die Lernfähigkeit und die konservierende Kraft des Gedächtnisses in einem gewissen Grade erhalten ist, sondern daß beim Kranken neben den Wortvorstellungen, die er auffaßt, begleitende visuelle Vorstellungsbilder auftreten, und daß er imstande ist, sich während des Verlaufs der Untersuchung logische, vermittelnde Zwischenglieder zwischen sonst logisch nicht zusammenhängenden Wortvorstellungen, und zwar vorzüglich mit Zuhilfenahme dieser visuellen Assoziationen, zu bilden, und dieselben fest und dauernd zu fixieren.

Am selben Patienten, dessen Krankheitsbild im zweiten Teile ausführlicher behandelt werden soll, habe ich auch Versuche mit sinnlosen Silbenreihen, und zwar sowohl hetero-, als homogener Struktur angestellt. Wirkten aber bei diesem Patienten sämtliche Lernversuche mit sinnlosem Material in dem Sinne ermüdend, daß Patient, wie mir seine Frau nachträglich mitteilte, nachher zu Hause erregter war, leichter weinte und lachte und beim Nachhausegehen unzweifelhaft Symptome physischer Ermüdung zeigte, die beim Kommen zur Untersuchung durchaus gefehlt hatten, so war dies an den Tagen mit Erlernen von sinnlosen Silbenpaaren in viel stärkerem Maße der Fall. Bei diesen war die Aufregung schon während des Versuchs ganz unverkennbar, demzufolge ich es mir auch nicht erlaubte, die Untersuchung so weit fortzusetzen, als dies im Interesse der Frage selbst notwendig gewesen wäre.

### 3. Quantität des Lernstoffes. Übung und Ermüdung.

Sehr wichtig für das Ergebnis der Untersuchung ist es, aus wieviel Wortpaaren je eine Serie besteht, und wie viele Serien nachein-

ander eingeprägt werden sollen. Während z. B. ein in vorgeschrittener Verblödnng befindlicher Paralytiker ans einer Serie von nenn Wortpaaren sofort nach der Einprägung nnr ein Paarwort oder kein einziges zu reproduzieren vermag, die Untersnchnng also anscheinend das Ergebnis Null feststellt, wird derselbe Paralytiker ev. aus einer Serie von sechs Wortpaaren noch zwei bis drei Wortpaare, also 33—50 %, aus bloß drei Wortpaaren ev. $^2/_3$, d. h. 66,6 % richtig erfassen nm reproduzieren.

Nach längere Zeit hindurch fortgesetzten Untersuchungen an Normalen fand ich es am zweckmäßigsten, bei Untersuchungen mit optischer Vorführung der Reize Serien von neun Wortpaaren als Norm zu verwenden, und bei einer jeden Untersuchnng nacheinander womöglich sieben Serien einznprägen, wobei jede Serie nach ihrer Einprägnug anszufragen ist, bevor an die Erlernnng der nächsten geschritten wird. Aus der Einprägung und Reproduktion von sieben Serien, d. h. 63 Wortverbindnngen läßt sich in den meisten Fällen ein annähernd charakteristisches Bild des unmittelbaren Gedächtnisses des Patienten gewinnen.

Bei Gesnnden recht selten, bei Kranken dagegen recht häufig zeigt sich die Erscheinnng der mit der Arbeit wachsenden Übung, indem die erste Serie, trotz vollkommenen Verständnisses für die Aufgabe, schwache, die folgenden stets bessere Resnltate ergeben.[1])

Bei Anwendnng von sieben bis acht Serien sind wir häufig auch imstande, neben der Übung anch die eventnell gesteigerte geistige Ermüdbarkeit des Patienten festzustellen, wie denn überhanpt manchmal der Gang der Untersuchung gleichzeitig den Verlauf der geistigen Arbeitskurve des Individnnms widerspiegelt.

Als Beispiele seien folgende Fälle von Neurasthenie angeführt:

Dr. A. X, Arzt, 26 Jahre alt, hereditär stark belastet, leidet seit Jahren an äußerst leichter Erschöpfbarkeit, die ihn zu jeder Arheit angeblich unfähig macht. Infolgedessen ziemlich hochgradige gemütliche Depression, Suicidgedanken. Schlafhypochondrie. Patient gibt an, daß bei ihm stets drei bis vier arbeitsunfähige Tage mit ein bis zwei arbeitsfähigen Tagen abwechseln. Die erste Untersuchung ergibt ein recht günstiges Resultat, indem 80,1% des einmal vorgeführten Materials mit der mittleren Reprodnktionsdauer von 1,34″ reproduziert werden, ohne daß es znr Ermüdung käme.

Nnn ergibt die Merkfähigkeit:

| am 4. April 1902 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_1$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | $a_4$ | 3 |
| $S_2$ | 2 | $a^6/C$ | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | $a^3/C$ |
| $S_3$ | 7 | 1 | 1 | 1 | $a_4$ | 3 | 2 | 1 | 1 |

| am 8. April 1902 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_8$ | 1 | 2 | 0 | 1 | $a_7$ | 2 | 1 | 1 | $a^2/C$ |
| $S_9$ | $a_2$ | $a_1$ | $a_{10}$ | $a_3$ | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 |
| $S_{10}$ | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |

[1]) Für Gesunde ist die zu bewältigende Aufgabe meist zu leicht, so daß dieselbe von Anfang an entsprechend bewältigt wird, daher auch der Übnngsfortschritt nicht recht znr Geltung kommen kann.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_4$ | 1 | 2 | $a_4$ | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| $S_5$ | 1 | 1 | $a_8$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| $S_6$ | 1 | 1 | 3 | $a_6$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| $S_7$ | 1 | 1 | 1 | 1 | $a^4/C$ | $a_1$ | 1 | $a_{10}$ | $a_4$ |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_{11}$ | 2 | 5 | 2 | $a^1/C$ | 1 | 4 | $a_{10}$ | $a_1$ | 4 |
| $S_{12}$ | 0 | 1 | 2 | 0 | $a_4$ | $a_5$ | $a_4$ | 3 | 11, |

klagt, daß ihn das Aufmerken sehr anstrengt

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_{13}$ | $a^1/C$ | $a_1$ | $a_6$ | $a_1$ | 0 | 1 | 8 | 3 | 0, |

ist nicht imstande, weiter aufzumerken, weshalb die Untersuchung eingestellt wird.

Der Arbeitsverlauf bei der ersten Untersuchung ist bezüglich des Gedächtnisumfanges der einzelnen Serien:

8, $5 + {}^2/_2$, 8, 7, 8, 8, $5 + {}^1/_2$.

Bei der zweiten Untersuchung hingegen:

$6 + {}^1/_2$, 5, 6, $6 + {}^1/_2$, 4, 3, also eine mit Arbeitsunfähigkeit endende Ermüdungskurve. Aber auch in den stets längeren Reproduktionszeiten ist die Ermüdung ausgeprägt. U = 58,3%, Reproduktionsdauer: 2,37″.

Ich bemerke, daß Patient nach einer sich auf fast vier Jahre erstreckenden vorwiegend psychotherapeutischen Behandlung, bei der das Hauptgewicht auf das Nichtaussetzen der geistigen Beschäftigung — Patient wollte zum mindesten die ärztliche Laufbahn verlassen — gelegt wurde, sich gänzlich erholte, und trotz anfänglicher Klagen sich nunmehr seit drei Jahren als Zahnarzt tüchtig behauptet, dabei sich auch literarisch betätigt.

Ähnlich verhält es sich mit einem Fall von traumatischer Neurose, den ich erst jüngst untersuchte.

Der 37 Jahre alte Patient, Beamter, war Mitte Februar d. J. überfallen und, wahrscheinlich mittels einer Hacke, am Schädel verwundet worden, wobei er das Bewußtsein nicht verloren zu haben meint. Pupillendifferenz, normale Reaktion, gesteigerte Sehnenreflexe, verlangsamte, erschwerte Sprache, Kopfdruck, Kopfschmerzen, Gefühl inneren Zitterns, angebliche Arbeitsunfähigkeit.

$a_n$ bedeutet die Trefferzeit der unrichtigen Assoziationen (Reproduktionen).

Untersuchung am 23. April 1906 mittels optischer Vorführung.
Expositionszeit $2^1/_4$ Sek.

| $S_1$ | $S_2$ | $S_3$ | $S_4$ |
|---|---|---|---|
| 1 · 4 | $a_{5\cdot0}$ | 3 · 2 | 2 · 2 |
| 1 · 6 | 1 · 4 | $a_{19\cdot8}$ | 1 · 6 |
| 4 · 0 | 1 · 4 | 7 · 6 | 2 · 4 |
| $0_{5\cdot4}$ | 2 · 6 | $a_{2\cdot6}$ | $a_{2\cdot4}$ |
| 3 · 4 ? | 4 · 4 | 3 · 4 | 2 · 2 |
| $0_{8\cdot2}$ | $0_{5\cdot5}$ | 5 · 0 | $a_{1\cdot6}$ |
| $a_{1\cdot4}$ | 1 · 0 | 2 · 2 | 0 |
| $a_{1\cdot8}$ | $0_{6\cdot8}$ | 15 · 0 | $a_{3\cdot0}$ |
| $a_{3\cdot8}$ | 1 · 8 | 5 · 2 | 15 · 2 |
| A = 4 | A = 6 | A = 7 | A = 5 |

| $S_5$ | $S_6$ | $S_7$ |
|---|---|---|
| 1 · 6 | 2 · 2 | $a_{1\cdot6}$ – ? |
| 1 · 4 | $a_{2\cdot8}$ | $a_{3\cdot8}/C_{4\cdot2}$ |
| 3 · 2 | $a_{4\cdot0}$ | $a_{1\cdot8}$ |
| $a_{2\cdot4}$? | $a_{5\cdot6}$ | 0 · 6 |
| $a_{2\cdot8}/C_{3\cdot4}$ | 4 · 2 | 0 · 0 |
| $0_{8\cdot6}$ | $0_{6\cdot6}$ | $a_{1\cdot6}$ |
| $0_{7\cdot8}$ | $0_{6\cdot8}$ | $a_{1\cdot8}$ |
| 1 · 8 | $0_{8\cdot4}/C_{2\cdot4}$ | $0_{7\cdot6}$ |
| $a_{3\cdot2}$ | 2 · 2 wird es nicht zuviel? bitte, mein Kopf schmerzt. | 5 · 2 |
| A = 4 | A = 3 · 5 | A = 2 · 5 |

Der Umfang der Merkfähigkeit nach den einzelnen Serien gesondert beträgt der Reihe nach: 4, 6, 7, 5, 4, 3,5, 2,5.

Schon gegen Ende der sechsten Serie tritt die Ermüdung mit starken Unlustgefühlen und Schweißausbruch stark in den Vordergrund.

Chemiker J. H. 33 Jahre alt, Neurastheniker mit vorwiegend zerebralneurasthenischen Symptomen. Seit Jahren überarbeitet, ohne Erholung.

Untersuchung am 30. November 1901:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_{19}$ | 7 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 6 | 1 |
| $S_{20}$ | $a_1$ | $a_8$[1] | 1 | 0 | 1 | 1 | $a_2$ | 1 | $a_2$ |
| $S_{21}$ | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | $a_4$ | 1 |
| $S_{22}$ | 2 | 1 | $a_6$ | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | $a_1$/c |
| $S_{23}$ | 1 | 2 | $a_3$ | 1 | $a_1$ | $a_1$ | 2 | $a_{10}$ | 1 |
| $S_{24}$ | 1 | $a_1$ | $a_1$ | 1 | $a_1$ | $a_2$ | 1 | $a_1$ | 1 |
| $S_{25}$ | 1 | $a_7$ | $a_1$ | $a_1$ | $a_2$ | 0 | $a_1$ | 1 | 1 |

Hier geht also die Umfangskurve, abgesehen von der Serie 20, bei der eine Störung das Ergebnis sichtlich beeinflußte, ebenfalls typisch rasch in Ermüdung über und zwar ist die Kurve: 6, 4, 8, 6,5, 5, 4, 3.

Bei Gesunden kommen derartige abfallende Kurven unter ähnlichen Bedingungen überhaupt nicht, höchstens unregelmäßige Schwankungen vor, vorausgesetzt, daß die Untersuchung sich auf nicht mehr als sieben bis acht Serien erstreckt. Die Dauer einer solchen Untersuchung beträgt bei einiger Übung seitens des Prüfenden bei optischer Vorführung 20—30 Minuten, bei akustischen Methoden bedeutend weniger.

Die Erkennbarkeit der Ermüdung in der Reproduktionsdauer kommt durchaus nicht immer, so z. B. in den beiden letztangeführten Fällen überhaupt nicht zum Ausdruck.

Bei Anwendung der *akustischen oder akustisch-motorisch-akustischen Methode ist es, besonders bei Geisteskranken, immer zweckmäßig, die Untersuchung mit Serien von drei Wortpaaren zu beginnen, hernach auf Serien von sechs Wortpaaren überzugehen und Serien aus neun Wortpaaren nur anzuwenden, wenn die Prüfung bei sechs Wortpaaren nennenswerte Resultate ergeben hat* (s. Referat im Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1903, S. 347), wie dies auch von Herrn Dr. v. Leupoldt in der Gießener Klinik für psychische und nervöse Krankheiten mit Erfolg angewendet wurde (s. dieses Werk, Bd. I, S. 137 usw.).

[1]) Kurze Unterbrechung der Ausfragung infolge äußerer Störung.

Dasselbe ist auf Untersuchungen an Kindern und ungebildeten Erwachsenen anzuwenden. In all diesen Fällen pflegt mit dem Anwachsen der Zahl der Wortpaare über sechs entweder der Umfang der richtigen Reproduktionen abzunehmen, oder verlängert sich die Dauer derselben, oder aber stellen sich beide Formen der Abnahme der Leistungsfähigkeit nebeneinander ein.

### 4. Die Bedeutung der Latenz- oder Zwischenzeiten (des Intervalls zwischen Einprägung und Ausfragung).

Die Bedeutung des Intervalls (L) für die Festigkeit der Assoziationen, also für die Leistungsfähigkeit des Gedächtnisses, fängt an, eine der meistumstrittenen Fragen der Gedächtnispsychologie zu werden. Einen Überblick über die diesbezüglichen Arbeiten gibt Poehlmann.[1])

Ohne mich nunmehr hier in rein psychologische Streitfragen vertiefen zu wollen, muß ich doch besonders hervorheben, daß es mir schon von meinen allerersten Versuchen her auffiel, daß eine gewisse Pause nach der Einprägung eingehalten werden muß, da ansonst, d. h. bei Beginn der Ausfragung sofort nach Abschluß der Einprägung, die Prüfung meist unvergleichlich schlechtere Resultate ergibt, als einige Sekunden später. Infolge dieser Erfahrung setzte ich denn auch als normative Zwischenzeit schon in meiner Publikation über die Messung des Gedächtnisses[2]) sechsSekunden fest. Empirisch fand ich diesen Zeitraum für genügend lang, um die eigentümliche, nach Schluß der Einprägung bestehende Hemmung abklingen zu lassen, und für genügend kurz, um sowohl das Einsetzen eines intensiveren neuen Vorstellungsverlaufes, als auch ein entschiedenes Verblassen der eingeprägten Assoziationen zu verhindern. Im allgemeinen hat sich diese meine Auffassung im Laufe der seither verflossenen sechs Jahre vollkommen bestätigt, was selbstredend nur für die Fälle gilt, wo es sich um Serien aus neun sinnvollen Wortpaaren, à ca. zwei Sekunden exponiert, handelt. Also: ein kurzes, sechs bis zehn Sekunden lang dauerndes Intervall fand ich bei kurzen Serien aus sinnvollem Material zur Prüfung des unmittelbaren Behaltens notwendig.

Daß aber häufig auch bedeutend längere Pausen eher einen günstigen, als einen nachteiligen Einfluß auf die Reproduzibilität ausüben, zeigt deutlich folgendes auch ansonst lehrreiches Beispiel:

[1]) Exp. Beiträge z. Lehre v. Gedächtnis, Berlin 1906. S. 82—86.

[2]) Apparat u. Methode z. Untersuch. des Gedächtn. f. med. u. pädag.-psychol. Zwecke, Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. X S, 329.

Herr Dr. H. H., Advokaturkandidat, 26 Jahr alt, Neurastheniker.
Latenzzeit 10 Sekunden.

| $S_1$ | $S_2$ | $S_3$ | $S_4$ | $S_5$ | $S_6$ | $S_7$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $a_{2\cdot2}$/0 | 1·2 | 1·2 | 1·4 | 2·0 | 1·2 | 1·4 |
| 1 4 | 1·2 | 1·4 | 0·8 | -4·4— | 1·2 | 2·2 |
| 1·4 | 1·0 | 1·0 | 1·2 | 1·2 | $a_{4\cdot8}$ — | 1·4 |
| 1·2 | 1·4 | 1·8 | 1·2 | 1·2 | 1·8 | 1·8 |
| 1·4 | —5·8 | 1·4 | 0·8 | 1·8 | $0_{7\cdot8}$ | 1·4 |
| $0_{7\cdot0}$ | 1·6 | 1·6 | —5·2— | 5·2 | $0_{5\cdot6}$ | $0_{5\cdot8}$ |
| 1·8 | 1·2 | 1·2 | 2·0 | 1·2 | 1·8 | $0_{7\cdot2}$ |
| —4·2— | 1·4 | 1·8 | 1·2 | 1·6 | 1·4 | 1·2 |
| 1·4 | 1·4 | 1·6 | 1·4 | 4·4 | 1·2 | 1·4 |

Patient gibt an, durchaus nicht ermüdet zu sein. Die Untersuchung wird daher sofort weitergeführt.

| $S_8$ L = 2 Minuten | $S_9$ L = 2 Minuten | $S_{10}$ L = 3 Minuten |
|---|---|---|
| 1·2 | 1·6 | 1·4 |
| 1·4 | 1·2 | 5·2 |
| 1·4 | 1·2 | 1·2 |
| 2·6 | 1·4 | 4·4 |
| 1·4 | 1·4 | 4·2 |
| $a_{5\cdot6}$ | 1·8 | 1·4 |
| 1·8 | 2·2 | 0·8 |
| $0_{6\cdot0}$ | 1·8 | 1·4 |
| $a_{5\cdot6}$ | 1·2 | 1·2 |

Prüfung nach 24 Stunden ohne erneuerte Vorführung: (Patient gibt an, sich heute viel wohler zu fühlen als gestern. Gestern abend war ihm nicht sehr wohl, doch schlief er viel und gut, von ½10—8 Uhr).

| $S_1$ | $S_2$ | $S_3$ | $S_4$ | $S_5$ | $S_6$ | $S_7$ | $S_8$ | $S_9$ | $S_{10}$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2·8 | —4·2— | 1·8 | 3·4 | 3·0 | $a_{5\cdot6} + c_{2\cdot6}$ | 6·4 | 1·6 | $0_{5\cdot4}$ | $a_{3\cdot2}$ |
| 1·8 | 3·2 | $a_{2\cdot8}$ | 3·2 | $a_{2\cdot4}$ | 2·2 | 4·0 | $0_{6\cdot0}$ | 1·4 | $0_{6\cdot6}$ |
| 1·6 | 3·6 | 4·2 | 2·4 | $0_{8\cdot6}$ | $0_{5\cdot6}$ | 5·2 | 2·2 | 1·4 | 2·6 |
| 3·4 | 1·6 | 1·6 | 1·4 | 2·0 | 6·0 | $0_{5\cdot6}$ | $0_{5\cdot0}$ | 1·6 | $0_{9\cdot8}$ |
| $0_{7\cdot4}$ | $0_{5\cdot6}$ | 4·6 | 2·2 | $0_{9\cdot0}$ | $0_{7\cdot5}$ | $0_{5\cdot0}$ | $0_{5\cdot4}$ | 2·4 | 2·8 |
| $0_{6\cdot6}$ | 2·0 | $0_{7\cdot4}$ | $a_{6\cdot4}$ | $a_{6\cdot4}$ | $0_{8\cdot0}$ | $a_{3\cdot0}$ | $a_{2\cdot6}$ | 1·6 | 2·0 |
| $0_{6\cdot0}$ | $a_{8\cdot6}$ | 2·2 | $a_{9\cdot4}$ | 2·8 | $a_{3\cdot6}$ | $a_{9\cdot2}$ | 2·4 | 1·8 | 1·8 |
| 2·6 | 2·8 | 8·4 | 1·8 | $0_{6\cdot8}$ | 2·8 | 2·2 | $0_{5\cdot2}$ | 1·6 | 4·4 |
| 3·2 | 1·4 | $0_{8\cdot6}$ | 2·4 | 4·2 | 3·6 | 3·4 | $a_{2\cdot2}$ | 2·8 | 1·6 |

Das Resultat der Untersuchung am ersten Tage war für die Serien mit der Zwischenzeit von 6″ Pause 82,54 + C0,79, d. h. Umfang = 83,33, mittlere Reproduktionsdauer = 1,53″. Am zweiten Tage, ohne W, war Umfang 60,31 + 0,79 = 61,10, Reproduktionsdauer = 3,9″. Die konservierende Kraft des Gedächtnisses für 24 Stunden betrug demnach bezüglich des Umfanges 73,65%, wogegen die Verlangsamung der Reproduktion fast genau das Doppelte der ursprünglichen Dauer betrug. wenn wir bloß das Ergebnis der ersten sieben Serien mit der Zwischenzeit von sechs Sekunden in Betracht ziehen. Für die drei Serien mit der Zwischenzeit von zwei bis drei Minuten separat berechnet, beträgt am ersten Tage der Umfang 88,88%, also mehr

als für die Serien mit kürzerer Zwischenzeit, wogegen die mittlere Reproduktionsdauer etwas länger, nämlich 1,85″ gegen 1,53″ bei den ersten sieben Serien ist. Man könnte behaupten, die verlängerte Reproduktionszeit käme daher, daß das arithmetische Mittel bei den ersten sieben Serien aus 52, bei den drei letzteren Serien aus bloß 24 Werten berechnet ist, infolgedessen die letztere durch eventuelle höhere Werte in bedeutenderem Maße als die erstere vergrößert wird. Nehmen wir aber in Betracht, daß auf die 52 Worte der ersten Serien mit kurzer Zwischenzeit insgesamt nur drei Reproduktionen entfallen, deren Dauer über die zweite Sekunde hinaus ragt, und zwar mit 5,2, 4,4 und 2,2 Sekunden, während bei den drei Serien mit der Zwischenzeit von zwei bis drei Minuten auf 24 Reproduktionen fünf solche mit längerer Dauer, und zwar diejenigen von 2,6, 2,2, 5,2, 4,4 und 4,2 entfallen, so glaube ich wohl annehmen zu können, daß *eine Zwischenzeit von 2—3 Minuten zwischen Einprägung und Ausfragung auf das unmittelbare Behalten nicht unbedingt schädigend, ev. sogar fördernd wirkt, was in der Zunahme des Umfanges zum Ausdruck kommt*, wobei aber dennoch der Einfluß der längeren Zwischenzeit in der erschwerten Reproduzibilität, also in der Verlängerung der benötigten Reproduktionsdauer zum Vorschein kommen kann.

Ebensowenig zeigt sich irgendein entschiedener Nachteil des größeren Intervalls bei der wiederholten Prüfung nach 24 Stunden. Und zwar ist nun der Umfang der drei letzten Serien 63,0 gegen 88,8 vom Tage vorher, d. h. Mc = 70,8 % (bei den sieben ersten Serien 73,6 %), die Reproduktionsdauer 2,3″ gegen 1,85″ des vorherigen Tages. Die Verlangsamung der Reproduktionsdauer nach 24 Stunden war also nicht so groß als die der ersten Resultate, bei denen vielleicht ohne Wissen des Patienten dennoch eine gewisse Ermüdung der Assoziation mitgewirkt haben mag.

Gilt dies für gewisse Fälle, so müssen wir dennoch im allgemeinen die Regel aufrecht erhalten: *Je länger die Zwischenzeit ist, um so deutlicher scheint die Schädigung der Reproduzibilität zutage zu treten.*

Zum Beweis folge hier folgendes Bespiel:

J. X., Geistlicher, 30 Jahre alt, Lues Cerebri, leichter Schlaganfall, Ptose, Facialisparese, Doppeltsehen, Vergeßlichkeit, erschwerte Sprache und verlangsamtes Denken Besserung der Symptome auf wiederholte Inunktionskur. Untersuchung im Stadium der Besserung.

Untersuchung am 28. März 1905.
L (Zwischenzeit) = 6 Sekunden.

| $S_{10}$ | $S_{11}$ | $S_{12}$ | $S_{13}$ | $S_{14}$ |
|---|---|---|---|---|
| 1 · 2 | $a_2$ · 0 | 0 · 8 | 1 · 4 | 1 · 2 |
| 1 · 2 | 1 · 6 | 1 · 6 | 1 · 6 | 1 · 4 |
| 1 · 4 | 1 · 2 | 1 · 4 | 1 · 6 | 1 · 2 |
| $a_5$ · 0 | 1 · 2 | 1 · 4 | 1 · 2 | $a_2$ · 0 — $c_2$ · 4 |

| $S_{10}$ | $S_{11}$ | $S_{12}$ | $S_{13}$ | $S_{14}$ |
|---|---|---|---|---|
| 1·2 | 1·2 | 1·6 | 1·2 | 1·6 |
| $a_{1\cdot6}$ | 1·6 | 1·2 | 1·2 | 1·8 |
| $a_{3\cdot8}$ | 1·4 | 1·4 | 1·2 | 2·2 |
| 1·2 | $a_{1\cdot6} - c_{0\cdot8}$ | 1·2 | 1·4 | $a_{14\cdot2}$ |
| 1·4 | 1·2 | 1·2 | 1·2 | 1·4 |

Nach 5 Minuten Pause:
L = 2 Minuten.

| $S_{15}$ | $S_{16}$ | $S_{17}$ |
|---|---|---|
| 3·6 | 1·4 | 2·0 |
| 1·4 | 1·4 | 1·6 |
| 1·2 | $a_{1\cdot4} - c_{2\cdot8}$ | 1·6 |
| $a_{4\cdot8}$ | 1·8 | 0 |
| 1·6 | $a_{2\cdot2} - c_{1\cdot6}$ | $a_{2\cdot8}$ |
| 1·8 | 1·6 | 1·2 |
| 2·2 | 1·4 | 2·2 |
| $a_{14\cdot2}$ | 2·0 | 1·6 |
| 1·4 | 2·2 | $a_{1\cdot6} - c_{0\cdot5}$ „Nicht müde". |

Nach weiteren 5 Minuten:
L = 5 Minuten.

| $S_{18}$ | $S_{19}$ | $S_{20}$ |
|---|---|---|
| 2·2 | 6·6 | $a_{3\cdot4}$ |
| 1·6 | $a_{3\cdot2}$ | 1·8 |
| $a_{2\cdot8}$ | 1·8 | 0 |
| $a_{2\cdot6}$ | 1·8 | 2·2 |
| $a_{2\cdot4}$ – C | 1·6 | 2·2 |
| 3·2 | 1·2 | 1·4 |
| 1·4 | 2·2 | $a_{2\cdot6}$ |
| 1·6 | $a_{1\cdot8}$ | 1·8 |
| 1·4 | $a_{2\cdot6}$ | 2·6 „Nicht müde" |

Das Ergebnis ist

bei Zwischenzeit von 6 Sekunden: Umfang: 86,7 % R.dauer 1,86 Sekunden
„ „ „ 120 „ „ 79,6 % „ „ 1,76 „
„ „ „ 300 „ „ 68,5 % „ „ 2,09 „

Hier nimmt also parallel dem Anwachsen der Zwischenzeit der Umfang entschieden ab, die Reproduktionsdauer entschieden zu.

Geben wir der Leistung des Gedächtnisses in unserer anfangs erwähnten Formel Ausdruck, so ergibt sich bei

$$L\ 6\ \text{Sekunden}\quad M = \frac{86,7}{1,36} = 65,2$$

$$L\ 120\ „\quad M = \frac{79,6}{1,76} = 15,2$$

$$L\ 500\ „\quad M = \frac{68,5}{2,09} = 32,8$$

Bei der Verlängerung der Zwischenzeit von sechs Sekunden auf fünf Minuten hat demnach die Leistung der Merkfähigkeit fast genau um 50 % des ursprünglichen Wertes abgenommen.

5. Bedeutung der Einwirkungsdauer der Reize:

Von einer eigentlichen Einwirkungsdauer der Reize kann unter den aufgezählten Methoden nur bei den optischen die Rede sein. Bei der akustischen dauert die Einwirkung — sensu strictiori — so lange, als das Aussprechen des einzuprägenden Wortes, Wortpaares usw. währt, und ist es selbstredend, daß dieses Vorsagen in seinem Tempo nur innerhalb äußerst geringer Grenzen variieren kann, da jedes allzu rasche Sprechen schon die richtige Perzeption unmöglich macht, ein allzu gedehntes Vorsprechen dagegen infolge seiner Unnatürlichkeit eine Ablenkung der Aufmerksamkeit hervorruft. Hier kann und darf die Variation der Einwirkung demnach nur in der Dauer der Pause

zwischen den beiden assozierten Worten sowie in derjenigen zwischen den verschiedenen Wortpaaren, aus denen die Serie besteht, zur Anwendung kommen.

Als am zweckmäßigten erwies sich hier ein Tempo, bei welchem das Aussprechen der beiden Worte insgesamt 1—1·2 Sekunden erfordert und hernach zwischen den einzelnen Wortpaaren je eine Pause von 0·8—1 Sekunde, so daß z. B. das Vorsagen einer neuner Serie insgesamt ungefähr 20 Sekunden in Anspruch nimmt. Es ist dies gleichzeitig das selbstverständliche Tempo des deutlichen, betonten Sprechens, wobei zu bemerken ist, daß es sich bei unserem Material um Assoziationen aus je drei Silben (ein einsilbiges und ein zweisilbiges Wort) handelte. Sollten daher Wortpaare aus je zwei zweisilbigen Worten gewählt werden, so würde sich die genannte Einwirkungszeit um ein geringes erhöhen. Ferner ist dies nur für die bloß akustische Methode gültig, da bei der akustisch-motorisch-akustischen Methode ungefähr dieselbe Dauer, d. h. eine Sekunde für das Nachsprechen seitens der Versuchsperson und eine Sekunde Pause zwischen dem Nachsprechen und dem Vorsprechen der nun folgenden Assoziation belassen werden soll.

Die Einübung, die dazu erforderlich ist, um Wortpaare, inbegriffich die zugehörige Pause, im Takte von à 2 Sekunden ohne Metronom mit annähernder Genauigkeit vorzusprechen, ist mit Leichtigkeit zu erwerben.

Was nun die Expositionsdauer optisch vorgeführter Reize betrifft, so ist dieselbe mittels entsprechender Einrichtungen höchst variabel. Es läßt sich sehr leicht erkennen, daß eine allzu kurze Exposition die Resultate sehr beeinträchtigt und bei sinnvollem Material außerdem noch höchst ungleichartig macht, während allzulange Dauer einerseits Gelegenheit zum Entweichen der Aufmerksamkeit bietet, andrerseits auch einer effektiven Wiederholung des Reizes gleichkommen kann.

Bei entsprechenden Versuchen mit dem Mnemometer stellt es sich bald heraus, daß schon eine Drittel Sekunde zur Perzeption der beiden Teile des Wortpaares vollkommen genügend ist. Wünschen wir jedoch mit einiger Sicherheit, daß mindestens $^7/_9$ der Paarworte einer Neunerserie nach einem Intervall von sechs Sekunden richtig und zwar innerhalb der beiden ersten Sekunden, reproduziert werden, so ist selbst in günstigen Fällen eine Expositionsdauer von einer vollen Sekunde, ja zumeist auch von 1·5 Sekunden, hierzu nicht genügend. Der Untersuchte bedarf eben außer der zur optischen Perzeption der Worte benötigten Zeit ebenso, wie der mittels der akustischen Methode zu Prüfende, einer gewissen, relativ recht beträchtlichen Zeit zur Assimilation der perzipierten Teile des Wortpaares und zum Begreifen ihrer assoziativen Verwandtschaft, das ihm eben — gegenüber den sinnlosen Wortverbindungen — die Reproduktion erleichtert, indem es den Kreis der möglichen Assoziationen

zum Stichwort äußerst einschränkt, bzw. die Assoziation zu einer eindeutig bestimmten prägt.

Die apperzeptive Pause mag bei der optischen Einwirkungsdaner von zwei Sekunden pro Wortpaar ung. $^2/_3$ dieser Zeit für sich beanspruchen, da die assimilative Erfassung der beiden Worte an und für sich, zum mindesten 0·6—0·8 Sekunden verlangt. Mag man wie immer über die Apperzeption denken, der Versuch zeigt deutlich, daß die optische Perzeption der Buchstaben, sowie auch die assimilative der ganzen Worte als solcher zur Einprägnng ins Gedächtnis eben des normalen, intelligenten Erwachsenen nicht genügend ist, sondern der gegenwärtige Reiz oder Reizkomplex mit möglichst vielen verwandten Vorstellungsdispositionen der Vergangenheit sich vereinigen muß, um in den geistigen Besitz des Individuums auch nur für kurze Zeit übergehen zu können.

So ist z. B. bei dem gewesenen Assistenten der psychiatrischen Klinik, Herrn Dr. G. Sipöcz, bei der Einwirkungsdauer

| von einer Seknnde: | | | | | | | | | | von zwei Sekunden: | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_7$ | 1 | 1 | — | 5 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | $S_1$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| $S_2$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 11 | — | — | 1 | 1 | $S_4$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 |
| $S_3$ | 1 | — | 1 | 2 | 3 | 2 | — | 2 | - | $S_5$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| | | | | | | | | | | $S_6$ | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Bei Herrn Sekundararzt Dr. F. Obál: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| $S_1$ | 3 | — | 1 | C | — | — | — | — | — | $S_3$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — |
| $S_5$ | 1 | — | 1 | 5 | — | — | — | — | 1 | $S_8$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — |
| $S_7$ | 12 | 1 | 4 | — | 1 | — | — | 1 | 1 | $S_9$ | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| $S_{10}$ | — | 1 | — | 1 | 1 | — | 2 | 1 | 3 | $S_{17}$ | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| $S_{11}$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | — | 2 | — | — | $S_{18}$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | — |
| $S_{12}$ | — | — | — | — | 5 | 2 | 15 | — | 1 | | | | | | | | | | |
| Bei Herrn Dr. Ringer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| $S_1$ | 8 | — | — | 1 | 1 | 1 | 2 | — | | $S_2$ | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| $S_6$ | 1 | 2 | 1 | 11 | — | 1 | — | — | 1 | $S_5$ | 1 | 1 | 1 | — | 3 | 1 | 2 | — | 1 |
| | | | | | | | | | | $S_9$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| | | | | | | | | | | $S_{15}$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | | | | | | | | | | $S_{16}$ | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 2 | C | 1 |
| Bei stud. phil. Frl. V. Glück: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| $S_5$ | 1 | 1 | 3 | — | 1 | — | — | 1 | — | $S_1$ | 1 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | — | 1 | 1 |
| $S_6$ | 1 | — | — | 5 | 1 | — | — | — | C | $S_2$ | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| $S_7$ | 1 | C | — | — | 2 | 1 | — | 1 | 1 | $S_3$ | 1 | — | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | — |
| $S_9$ | 1 | 1 | — | 5 | 3 | 2 | — | 1 | 1 | $S_4$ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 usf. |

Bei der Einwirkungsdaner von einer Sekunde wurden demnach insgesamt 59,6 %, bei der Expositionszeit von à 2 Sekunden pro Wortpaar hingegen 88,8 % richtig reproduziert.

Anch die mittlere Reproduktionsdaner entspricht bei annähernder Berechnnng im ersteren Falle durchschnittlich 2·2, im letzteren 1·2 Sekunden.

Handelt es sich um gänzlich ungebildete, eben nur des Lesens kundige Versuchspersonen, z. B. um Wärter, so zeigt sich die Notwendigkeit einer Auffassungsdauer außer der Wahrnehmungsdauer noch deutlicher, da hier die bloße Wahrnehmung für sich längere Zeit in Anspruch nimmt.

Z. B. Stefan M., 19 Jahre alt, früher Laborant in einer Apotheke, sechs Normalklassen, schreibt, liest, rechnet:

Expositionszeit 2 Sekunden.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_1$ | — | — | — | — | — | 3 | 2 | — | 5 |
| $S_2$ | 2 | — | 1 | 1 | 2 | 3 | — | — | 2 |
| $S_3$ | — | — | 2 | — | 1 | 2 | 1 | — | — |
| $S_4$ | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | — | 1 | — | 2 |

Expositionszeit 2 · 5 Sekunden.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_6$ | 1 | 1 | C | — | 1 | 2 | — | — | 1 |
| $S_7$ | — | 1 | — | 2 | 1 | — | 1 | 1 | 1 |
| $S_8$ | — | 8 | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 3 | 1 |
| $S_9$ | 1 | 1 | — | 2 | 4 | — | 1 | 2 | 1 |

Karoline P., 17 Jahr alt, drei Volksschulklassen:

E = 2 Sek.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_1$ | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | 3 |
| $S_2$ | — | — | 3 | 1 | 1 | — | — | — | — |
| $S_{11}$ | — | 3 | 2 | — | 4 | — | — | — | 1 |

E = 2 · 5 Sek.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_3$ | — | — | 1 | 6 | 5 | — | 1 | 1 | 1 |
| $S_4$ | 1 | 2 | 2 | 1 | — | 2 | 1 | — | 3 |
| $S_7$ | — | 2 | — | 2 | 1 | 5 | 2 | 1 | 1 |
| $S_{10}$ | 1 | 1 | — | 1 | — | — | 1 | 5 | 1 |

Diesem Verhalten ähnlich ist nun dasjenige von gebildeten Versuchspersonen mit **pathologisch erschwertem Auffassungsvermögen.**

Besonders deutlich zeigt sich dies bei Herrn Privatbeamten A. G. 33 J. a., hereditär belastet, keine Lues, kein Alkohol, kein Nikotin, leidet seit mehreren Jahren an hochgradiger, durch Chloral, Bromidia, Trional, Sulfonal, Hedonal, Elektrotherapie, Suggestion kaum beeinflußbarer Schlaflosigkeit. Geistige Arbeitsunfähigkeit, wie er meint, eine bloße Folge seiner Schlaflosigkeit. Ist infolge derselben seit sechs Monaten ohne Posten. Auffassungsfähigkeit für mehrstellige Zahlen stark geschwächt. Außer etwas lebhaften Kniephänomenen keine somatischen Veränderungen.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $E_{2\cdot0}''$ | $S_1$ | 2 | $\breve{a}_1$ | ∼ | ∼ | ∼ | ∼ | ∼ | 7 | 1 |
| | $S_2$ | ∼ | ∼ | 2 | 0 | ∼ | 0 | ∼ | ∼ | ∼ |
| | $S_3$ | 1 | $\breve{a}_5$ | 0 | $\breve{a}_3$ | 1 | $\breve{a}_7$ | ∼ | 3 | 1 |
| | $S_4$ | $\breve{a}_2$ | ∼ | ∼ | $\breve{a}_3$ | ∼ | 0 | ∼ | 0 | $a_{2,15}$ |
| | $S_5$ | $\breve{a}_2$? | ∼ | $\breve{a}_{15}$ | 0 | 0 | ∼ | 1 | 4 | ∼ |
| $E_{2\cdot5}''$ | $S_6$ | $\breve{a}_{11}$ | $\breve{a}_3$? | 0 | $\breve{a}_8$ | 1 | 1 | 1 | $a_{11}$ | 1 |
| | $S_7$ | ∼ | 1 | ∼ | $a_7$ | $a_2$ | $a_{11}$ | 2 | 1 | ∼ |
| | $S_8$ | 1 | 1 | $a_1$ | 5 | 1 | 2(?) | $\breve{a}_{15}$ | 5(?) | 2 |
| | $S_9$ | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 0 | 2 |
| $E_{3\cdot0}''$ | $S_{10}$ | 2 | 2 | ∼ | $\breve{a}_4$ | 2 | $a_{11}$ | 4 | $a_{11}$ | $a_4$ |
| | $S_{11}$ | 2 | 0 | $a_6$ | ∼ | ∼ | 0 | 0 | 1 | 2 |

Ist nicht müde.

Das Zeichen ⌣ oder ∼ bedeutet, daß der Untersuchte angibt, sich nicht zu erinnern, das Stichwort überhaupt gesehen zu haben.

Der **Umfang** beträgt demnach bei den zu 2 Sekunden exponierten Serien je: 3, 1, 4, 0, 2, beziehungweise 4. 3, bei denen zu 2·5 Sekunden je: 4, 3, 7, 6.

In anderen Fällen ist jedoch ein verbessernder Einfluß der Erhöhung der Reizdauer nicht mit Sicherheit oder überhaupt nicht nachweisbar.

Im allgemeinen benutzten wir als Maßstab der Expositionszeit die Auffassungsfähigkeit für zweisilbige Worte. War $^1/_4$ Sekunde Expositionsdauer für die Versuchsperson genügend, um solche Worte in 100 % richtig aufzufassen, so begann ich die Untersuchung des Gedächtnisses mit 2 Sekunden pro Wortpaar, erfolgte die Auffassung der Worte bei $^1/_4$ Sekunde unvollkommen, so begann ich sofort mit $2^1/_2$, ev., bei sehr schlechtem Ergebnis, mit 3 Sekunden.

Bei manchen Versuchspersonen war aber auch die Expositionszeit von 3 Sekunden pro Wortpaar wegen der verlangsamten Auffassungsfähigkeit für optische (graphische) Reize ungenügend. Bei solchen besorgte ich nun die Exposition der Reize in der Weise, daß ich das Metronom abschloß, es durch Eintauchen der Nadel in das Quecksilber auf Schluß einstellte, die Fortbewegung des Reizes aber durch Stromschlüsse mittels des Morsetasters regulierte, indem ich jedes Wortpaar erst ablesen ließ und sodann noch ungefähr eine Sekunde abwartete, sodann den nachfolgenden Reiz erscheinen ließ usw.

Auf diese Art konnte das Gedächtnis in mehreren Fällen von verlangsamter Auffassungsfähigkeit ohne Schwierigkeiten aufgenommen werden.

### 6. Wirkung der Wiederholungen. Lernfähigkeit und Lernfestigkeit bei Geisteskranken. Bedeutung der Nullwerte.

Die kräftigende Wirkung der Wiederholung auf die Einprägung gibt sich auch bei den psychopathologischen Untersuchungen deutlich kund. Und zwar zeigt sich die Wirkung zumeist sowohl in der Zunahme des Gedächtnisumfanges, als auch in Abnahme der Reproduktionsdauer.

So z. B. bei den Untersuchungen an dem dementen Dr. B. (vgl. S. 372) mit einzelnen Serien aus je sinnvollen neun Wortpaaren, optisch je 2 Sekunden lang vorgeführt (ungarisch) nach sechs Sekunden Zwischenzeit ausgefragt:

| | a) 30. November 1904. | | | | | | | | | b) Nach nochmaliger Vorführung von neuem ausgefragt. | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_1$ | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | $a_4$ | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 |
| $S_2$ | 2 | 2 | $a_8$ | $a_{15}$ | 6 | 2 | 7 | $a_5$ | 2 | 2 | 2 | 2 | 6 | 9 | 1 | 3 | 2 | 1 |
| $S_4$ | 2 | 4 | 7 | 1 | $a_6$ | $a_2$ | $a_2/c$ | 2 | 2 | | | | | | | | | |

c) Nach erneuerter Vorführung das drittemal ausgefragt.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_1$ | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 4 | 1 |
| $S_2$ | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |

d) Bei den folgenden drei Serien erfolgte die Vorführung dreimal nacheinander ($w_3$) und das Ausfragen sechs Sekunden nach der dritten Vorführung:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_5w_3$ | 2 | 2 | 3 | 1 | 6 | 2 | 1 | 0 | 2 |
| $S_7w_3$ | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 5 | 2 | 1 | 4 |
| $S_6w_3$ | 1 | $a_4$ | $a_3$ | 2 | 2 | 2 | 1 | $a_2$ | 2 |
| $S_8w_3$ | 2 | $a_{10}$ | 1 | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 |

Den Einfluß einer wiederholten Vorführung auf das Ergebnis der Prüfung nach einer längeren Pause zeigen bei demselben Kranken die folgenden Serien:

| 2. Dezember 1904. | | | | | | | | | | Nach 3 × 24 Stunden von neuem ausgefragt, und zwar $S_{10}$, $S_{15}b$ und $S_{17}b$ mit wiederholter Vorführung, die übrigen ohne erneuerte Exp. | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_9$ | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | $a_{13}$ | 2 | 1 | 2 | $w_0$ | 0 | 3 | 6 | $a_{19}$ | a | $a_5$ | 1 | 2 | $a_4$ |
| $S_{10}$ | 2 | 5 | $0_{11}$ | 3 | $a_2$ | 9 | $a_5$ | 6 | $0_{13}$ | $w_1$ | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| $S_{15}a$ | 2 | 2 | 2 | 6 | 2 | 4 | 2 | 0 | $a_{10}$ | $w_0$ | 4 | $a_4$ | $0_{10}$ | 10 | $a_8$ | $a_2$ | 8 | $a_1$ | a |
| $S_{15}b$ | $a_8$ | 2 | 2 | 2 | $a_{10}$ | 1 | 2 | 1 | 6 | $w_1$ | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| $S_{17}a$ | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | $a_5$ | 3 | 0 | 2 | $w_0$ | 4 | 5 | 1 | $a_1$ | 3 | $a_5$ | 1 | 3 | 9 |
| $S_{17}b$ | 0 | 2 | 0 | 2 | 10 | $a_6$ | $a_7$ | 2 | 1 | $w_1$ | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 |

Der fördernde Einfluß der Auffrischung zeigt sich demnach in viel stärkerem Grade, wenn derselbe den schon im Verblassen befindlichen Assoziationen zugute kommt, als bei gehäuften Wiederholungen (s. oben a, b, c und d). Somit ist der von Jost aufgestellte Satz: sind zwei assoziierte Reihen von verschiedenem Alter, aber von gleicher Stärke, so hat eine Neuwiederholung für die ältere Reihe den größeren Wert, auch für Geisteskranke infolge organischer Hirnerkrankung, und mit starker Abnahme der Merkfähigkeit, seine experimentelle Bestätigung erfahren.

Die Hauptrolle kommt den Wiederholungen in jenen Fällen zu, wo es sich um die Untersuchung des eigentlichen Gedächtnisses für fest eingeprägtes, erlerntes, also für den Moment völlig in den geistigen Besitz des Geprüften übergeführtes Material handelt. Dieses wirkliche Erlernen ist eben nur durch wiederholtes Vorführen und Erfassen möglich, also durch eine entsprechende Anzahl von Wiederholungen, wie dies in obigem Falle bei Serie 1 und 2, ferner bei den Versuchen mit sinnlosem Material am selben Kranken (s. oben) der Fall war.

Bei manchen Kranken ist es wohl sehr bald ersichtlich, daß auch eine öftere Vorführung das Resultat weder unmittelbar, noch für später wesentlich verbessert. Dies gilt, ohne meinen späteren Ausführungen vorgreifen zu wollen, am meisten für zerebrasthenische Patienten, an deren übermüdetem Geiste nichts fängt, manchmal, wie es scheint, auch für hysterische Individuen, deren Aufmerksamkeit trotz aufrichtiger Anstrengung fast unzugänglich sein kann. Hingegen ist es beim Paralytiker in den vorgeschrittenen Stadien der Verblödung durchaus nicht selten, daß eine einmalige Vorführung bei sämtlichen Serien Nullresultate ergibt, während wiederholte Vorführung, besonders, wenn nach einer jeden solchen die Ausfragung erfolgt, innerhalb gewisser Grenzen zu stets wachsendem Ergebnisse führt. War das Ergebnis der ersten Vorführung einer Serie z. B. Null, so führt schon die zweite Vorführung und Ausfragung zu einem Resultate, das wir ungefähr bei einem Neurastheniker zu erhalten pflegen, während die dritte Exposition zur Reproduktion sämtlicher Paar-

worte innerhalb der ersten bis zweiten Sekunde führen kann, wie wir dies bei normalen, geistig frischen Versuchspersonen gewöhnlich erhalten.

In diesen Fällen handelt es sich also, wie übrigens auch schon in obigen Beispielen, um Übertragung der Ebbinghausschen Wiederholungs- resp. Ersparnismethode auf pathologische Fälle.

Und zwar ist die Wiederholungsmethode besonders für den **Nachweis der Gedächtnis-** oder, richtiger ausgedrückt, **der Übungsfestigkeit** in pathologischen Fällen wichtig, da dies, wie später ausgeführt werden soll, für die Prognose der Krankheit wertvoll sein kann.

Ein recht interessanter Fall ist der folgende, an der Klinik Prof. Moravcsiks untersuchte Fall von progr. Paralyse.

G. J. 37 Jahre alt, Eisenbahnwärter, mäßig dement.

1. Untersuchung am 24. Januar 1902.

$S_7$ $a_8$ $a_4$ $a_5$ $a_4$ $a_2$ $a_5$ $a_2$ $a_4$ $a_2$ = $0/_9$

Das Ergebnis ist also eigentlich gleich Null, d. h. nach der üblichen Weise der Gedächtnisprüfungen würde sich die Merkfähigkeit gleich Null stellen.

Nun wird aber die Serie wiederholt vorgeführt, und es ergibt sich bei der zweiten Vorführung und Ausfragung:

$S_7r_1$ 0 2 3 $a_{12}$ 2 1 1 1 2 = $7/_9$, und nach einer nochmaligen Vorführung:

$S_7r_2$ 6 1 1 $a_2$ 3 2 1 1 1, also das Resultat von $8/_9$, u. z. fünf Reproduktionen innerhalb der ersten Sekunde.

Ähnlich verhält es sich bei der Prüfung mit der Serie 5, und zwar ergibt die erste Exposition:

$S_5$ 0 $a_3$ 0 0 0 $a_4$ 0 $a_1$ $a_{10}$, die Wiederholung
$S_5r_1$ 1 1 0 6 $a_2$ 2 0 0 $a_1$
$S_5r_2$ 2 1 0 2 $a_2/c$ 2 $a_3$ 6 $a_2/c$, d. h. $5/_9$ + 2 Korrekturen.

**Nach Ablauf von vier Wochen** soll nunmehr die Gedächtnisfestigkeit bezüglich der obigen Inhalte geprüft werden. Dies erfolgt bei Karte 5 mittels der c-Methode, bei Karte 7 mittels der b-Methode (s. oben S. 367).

$S_5$ wird also ohne erneuerte Exposition wieder ausgefragt und es ergibt sich am 21. Februar 1902:

$S_5 + 28 \times 24$ St. $w_0$ 5 $a_3/c$ $a_{12}$ $\underline{a_9}$ $a_4/c$ 4 $a_4$ $a_4$ $a_3$. Nun wurde wiederholt exponirt: $S_5w_1$ 2 4 2 2 3 2 2 2 3, und nochmals:
$S_5w_2$ 1 2 3 1 1 1 2 1 1

Dagegen wird $S_7$ sofort mit erneuerter Exposition ausgefragt, also:

$S_7 + 28 \times 24$ St. 0 2 0 0 $a_2$ 2 $a_{14}$ 1 2, hierauf nochmals exponiert:
$r_1$ 2 1 1 2 2 1 3 1 1, endlich noch ein drittesmal vorgeführt:
$r_2$ 1 1 1 2 1 1 1 1 1

Berechnen wir Umfang und Dauer der Serie 5 und 7 gelegentlich der beiden Untersuchungen, so er gibt sich aus $M = \frac{A}{T}, = \frac{P + C/_2}{T}$:

für die $S_5$ bei der ersten Untersuchung:

$Mw_3 = \frac{55{,}55 + 0{,}00}{1{,}86} = 29{,}86,$ nach 4 Wochen, $w_3 = \frac{74{,}07 + 3{,}70}{2{,}2} = 35{,}35$

Bei der Serie 7 ist gelegentlich der ersten Untersuchung:

$Mw_3 = \frac{33{,}33 + 3{,}70}{2{,}3} = 16{,}08,$ nach 4 Wochen, $w_6 = \frac{81{,}48 + 0{,}00}{1{,}41} = 57{,}78.$

Das bedeutend bessere Ergebnis der zweitmaligen Prüfnng der Serie 7 ergibt sich hanptsächlich ans dem Umstande, daß bei derselben sofort mit ernenerter Exposition begonnen wurde, was sowohl auf den Umfang als anch auf die Reprodnktionsdaner sowohl der ersten, als anch der beiden nachfolgenden Vorführnngen resp. Prüfungen verbessernd einwirkte, ist also dem Unterschiede zwischen der b- und c-Methode zuznschreiben.

Daß es sich bei diesen beiden Serien tatsächlich um die durch vier Wochen erhalten gebliebene Übnngsfestigkeit handelte, ergibt sich ans dem Versuch mit der Serie 9, die gelegentlich der zweiten Untersnchnng am 21. Februar als Kontrolle zwischen der wiederholten Untersnchung mit Serie 7 nnd 5 eingeschoben wurde.

Dieselbe, an diesem Tage das erstemal vorgeführt, ergab:

$S_9$: — — — $a_{10}$ $a_4$ $a_4$ — — 6, nochmals exponiert:
$r_1$: 11 1 $a_2$ 2 1 $a^1/c$ 1 2 1
$r_2$: 1 2 1 3 1 $a^3/c$ 1 $a^3$ 1, d. h.

$$M = \frac{55{,}55 + 3{,}70}{2{,}33} = 25{,}43,$$ ein Ergebnis, welches denjenigen, die mittels erstmaliger Exposition der Serien 5 und 7 vier Wochen vorher erhalten wurden, recht nahe steht.

Keinesfalls könnte also behauptet werden, das bessere Resultat der zweitmaligen Untersnchung der Serien 7 und 5 folge bloß ans einer zufällig diesmal, vier Wochen später günstigeren Konstellation, einer Bessernng im geistigen Befinden, die wohl tatsächlich vorhanden war, ohne daß die Merkfähigkeit schon dementsprechend eine nachweisbare Bessernng aufweisen hätte können.

Ähnlich ist der Fall des an der Moravcsik'schen Klinik untersuchten D. B., 57 Jahre alt. — Derselbe, Eisenbahnbeamter, absolvierte sechs Realschulklassen; vorgeschrittene taboparalytische Demenz, Dys- nnd Anarthrie, trotzdem große Geschwätzigkeit.

Derselbe, am 22. September 1901 untersucht, ergibt:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_3$ | $a_5$ | 0 | 0 | $a_5$ | 0 | $a_3$ | $a_5$ | $a_2$ | $a_1$ |
| $S_3r_1$ | 0 | $a_6$ | 2 | $a_3$ | 0 | 0 | $a_5$ | $a_2$ | $a_2$ |

nach einer kurzen Pause folgt:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_1$ | 0 | $a_1$ | $a_1$ | $a_1$ | 0 | $a_{10}$ | $a_1$ | 0 | $a_3$ |
| $S_1r_1$ | $a_1$ | 0 | $a_3$ | 4 | 3 | 2 | $a_3$ | $a_1$ | $a_2$ |
| $S_1r_2$ | $a_1$ | $a_1$ | $a_3$ | 3 | $a_3$ | 4 | 3 | 3 | $a_4$ |
| $S_1r_3$ | 0 | $a_1$ | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | $a_5$ | $a_2$ |

des weiteren folgt:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_2$ | 0 | $a_3$ | $a_4$ | $a_2$ | $a_2$ | $a_{10}$ | $a_1$ | $a_3$ | $a_7$ |
| $S_2r_1$ | 0 | $a_6$ | $a_5$ | $a_{10}$ | $a_7$ | $a_6$ | 8 | $a_{12}$ | $a_8$ |
| $S_2r_2$ | $a_7$ | $a_{13}$ | $a_6$ | 0 | 5 | $a_{10}$ | 2 | 3 | $a_7$ |
| $S_2r_3$ | 1 | 5 | 3 | 2 | 14 | $a_6$ | 1 | 2 | 0 |

Wiederholt untersucht wurde bloß $S_1$ am 14. Oktober 1901, also drei Wochen nachher, und zwar mittels der b-Methode:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_1r_1$ | $a_2$ | $a_2$ | $a_2$ | 0 | $a_2$ | $a_2$ | $a_3$ | $a_2$ | $a_1$ |
| $S_1r_2$ | $a_6$ | $a_2$ | 1 | 3 | 4 | $a_4$ | $a_2$ | 3 | 4 |
| $S_1r_3$ | 8 | $a_2$ | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | $a_2$ | $a_6$ |
| $S_1r_4$ | $a_3$ | $a_2$ | 4 | 2 | 1 | 3 | $a_2/c$ | $a_3/c$ | 2 |

Die Wirkung der Wiederholungen gelegentlich der ersten Prüfung ist hier im allgemeinen eine recht karge. Ein besserer Erfolg $^5/_9$, resp. $^7/_9$, zeigt sich erst bei der vierten Vorführung und Ausfragung. Bei der Prüfung

nach drei Wochen ergibt schon die zweite Vorführnng $^5/_9$, die dritte $^6/_9$, die vierte fünf richtige nnd zwei korrigiertrichtige (berichtigte).Reproduktionen. Jedenfalls ist einerseits Übungsfähigkeit (Lernfähigkeit), andererseits Übungsfestigkeit auf die Dauer von drei Wochen hinans feststellbar. Von Interesse ist nebstbei das Schwanken der Resnltate, indem sowohl bei der ersten, als bei der zweiten Untersuchnng der $S_1$, bei den wiederholten Ausfragnngen, vorher richtig reproduzierte Assoziationen bei der folgenden Ausfragung falsch reproduziert wurden. Es ist dies ein bei wiederholter Einprägnng und Ausfragung erscheinendes Aufflackern, Wiederverglimmen, Nenauflodern nnd Vonneuemerlöschen der einzelnen, nahe der Schwelle der Reprodnzibilität befindlichen Vorstellungen, wie dieselbe bei Normalen meist nur in Versnchen mit sinnlosem Material nnd im Stadium der Übermüdnng anzutreffen ist.

Daß aber die Lernfestigkeit und Auffrischbarkeit der Vorstellnngsdispositionen ihre Grenzen habe, zeigt der folgende Fall der Moravcsik'schen Klinik:

J. R. 34 Jahre alt, Zahlkellner, befindet sich seit Anfang 1899 an der Klinik. Diagnose: Dementia paralytica. Die Merkfähigkeit des Patienten war schon im erwähnten Jahre Gegenstand der Untersuchnng gewesen und in meinen „Studien über die Merkfähigkeit usw." beschrieben worden. Anffallend war schon damals die im Gegensatz zn seinem gnt erhaltenen Zahleugedächtnis auffallend geringe Merkfähigkeit für alltägliche Wortverbindungen.

Vom 15. bis 23. September 1901 wurden dem Patienten täglich zwei bis drei Serien, insgesamt $S_1 - S_{11}$, vorgeführt, und mit der üblichen Zwischenzeit von sechs Sekunden ausgefragt. Es ergab sich auf diese Weise:

A (Umfang) = 29,29%, R = 3,12 Sek. — Für die Ausfragung
nach 24 Stunden $r_1$: 51,51%, R = 2,82 „

Von diesen Serien wurden $S_1 - S_4$ auch ein Jahr später wiederholt vorgeführt und ausgefragt.

Bei der ersten Untersnchung ergab sich für dieselben:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_1$ | 0 | $a_3$ | 0 | 0 | $a_{15}$ | 3 | $a_2$ | 0 | 0 |
| $S_2$ | $a_5$ | $a_6$ | $a_5$ | $a_5$ | $a_3$ | 2 | $a_8$ | $a_2$ | 2 |
| $S_3$ | 0 | $a_7$ | $a_5$ | 6 | 3 | $a_{11}$ | $a_{10}$ | $a_4$ | $a_3$ |
| $S_4$ | $a_6$ | $a_4$ | $a_2$ | 3 | $a_{10}$ | $a_9$ | 1 | 0 | 0, |

also A = $^7/_{36}$ = 19,44%, R = 2,88 Sekunden.

Nach 24 Stunden von neuem expouiert:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_1r_1$ | $a_{15}$ | $a_8$ | 4 | $a_{12}$ | 0 | $a_4$ | 0 | 0 | 2 |
| $S_2r_1$ | 7 | $a_6/c$ | 1 | 1 | $a_5$ | 2 | 5 | $a_2/c$ | 2 |
| $S_3r_1$ | 2 | $a_9$ | 2 | 2 | $a_4/c$ | $a_7$ | 6 | $a_{10}$ | $a_3$ |
| $S_4r_1$ | $a_5$ | $a_4$ | $a_3$ | $a_{10}/c$ | $a_2/c$ | $a_7$ | 1 | $a_4$ | $a_{15}$, |

also A = 13 + $^5/_2$ = 15,5/36, d. h. 43,06%, R = 2,84 Sekunden.

Die Zunahme nach 24 Stunden + $r_1$ ist also mehr als das Doppelte der ursprünglichen, die Reprodnktionsdauer kaum merklich kürzer.

Nach einem Jahre (18. September 1902) neu expouiert und ausgefragt ergab sich:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_1r_1$ | 0 | $a_3$ | 4 | $a_5$ | 0 | $a_4$ | $a_{11}$ | 0 | 7 |
| $S_2r_1$ | $a_2$ | $a_{12}$ | $a_{13}$ | $a_{10}$ | $a_{14}$ | $a_9$ | 0 | $a_8$ | 7 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_3r_1$ | $a_3$ | $a_{12}$ | $a_4$ | $a_9$ | $a_6$ | $a_7$ | $a_{14}$ | $a_5$ | $a_5$ |
| $S_4r_1$ | $a_5$ | $a_6$ | $a_7$ | 7 | $a_{11}$ | $a_{12}$ | 9 | 0 | $a_8$ |

also $A = {}^5/_{36} = 13{,}88\,\%$, $R = 6{,}8$ Sekunden.

Demnach ergaben die nämlichen, nach einem Jahre das drittemal vorgeführten Serien weniger Umfang und besonders bedeutend längere Reproduktionszeit, als gelegentlich ihrer erstmaligen Vorführung.

Wir können nun die in den obigen drei Fällen vorgeführten Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. *Das Nullresultat als Folge einmaliger Vorführung*, auch wenn dasselbe bei mehreren verschiedenen oder auch sämtlichen Serien sich ergibt, *ist nicht gleichbedeutend mit dem Nullwert der Merkfähigkeit.*

2. *Die Wiederholung der Reize ergibt selbst in Fällen fortgeschrittener, auf organischer Hirnerkrankung begründeter Demenz das Vorhandensein der Lernfähigkeit*, d. h. *der Fähigkeit des Geistes, neue Reize zu erfassen, und auffrischbare Spuren derselben aufzubewahren.*

3. *Die geleistete und durch Wiederholungen gefestigte Arbeitswirkung verblaßt zwar mit zunehmender Zwischenzeit, läßt sich aber bei zweifelloser progr. Paralyse noch nach vier Wochen mittels der auf die Wortpaarmethode angewandten Wiederholungsmethode entschieden nachweisen.*

4. Durch Wiederholungen gefestigte Wortverbindungen können selbst in fortgeschrittenen Fällen der pr. Paralyse noch nach Ablauf eines Monates auch ohne erneuerte Auffrischung teilweise reproduziert werden.

Es wurde auch gelegentlich der Frage näher getreten, *inwiefern eine Verlängerung der Expositionsdauer* in Fällen, wo die erste Vorführung mit der üblichen Expositionsdauer von 2—2,5 Sekunden pro Wortpaar zu Nullwerten führte, *eine wiederholte Vorführung vertreten kann.*

J. M., 36 Jahre alt, Lackierermeister, Diagnose: Dementia paralytica, hat vier Volksschulklassen, und zwei Realschulklassen absolviert und faßt zweisilbige Worte in $^1/_4$ Sekunde zu 100 % fehlerfrei auf.

Untersuchung auf der psychiatrischen Klinik am 5. November 1902.

Exp.: = 2 · 5 Sek.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_9$ | 0 | 0 | 0 | $a_1$ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| $r_1$ | $a_1$ | 9 | $a_7/c$ | $a_5$ | 0 | 0 | 4 | 0 | $a_2$ |
| $r_2$ | $a_9$ | $a_8$ | 0 | 5 | $a_6/c$ | $a_8$ | 5 | 0 | $a_8$ |

Exp. = 3 · 00 Sek.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_{10}$ | $a_2$ | 0 | 0 | 0 | $a_4$ | 0 | 0 | 0 | 0 |
| $r_1$ | $a_{14}$ | 0 | $a_9$ | 7 | 0 | $a_9$ | 0 | 0 | 9 |
| $r_2$ | 0 | 0 | 0 | 3 | $a_5/c$ | 12 | 0 | 0 | 3 |

Exp. = 3 · 5 Sek.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $S_{11}$ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Also ist anzunehmen, daß *in Fällen vorgeschrittener Demenz, in denen die Ursache des Nullwertes* bei einmaliger Vorführung der Wortpaarreihe *nicht eine Abnahme der*

*Schnelligkeit der optischen Auffassung* ist, die wenn auch noch so ausgiebige Erhöhung der Expositionsdauer, also die Ermöglichung einer äußerst deutlichen, bequemen Auffassung, *keine Besserung des Resultates ergibt.*

Wiederholte Versuche an diesem, sowie auch an einer Reihe von dementen Kranken, die auch bei mehrmaliger Vorführung einer Serie von neun Wortpaaren, ja auch nach vier bis fünf Vorführungen unveränderlich $^0/_9$ als Resultat der Prüfung ergaben, zeigten, daß es sich hier in erster Reihe um eine *Verengung des Bewußtseinsfeldes* oder vielmehr *Auffassungsfeldes* gegenüber weiteren Reihen von Vorstellungen handle, indem dieselben Patienten bei Versuchen mit einzelnen Wortpaaren deutlich zeigten, daß sie die Aufgabe vollkommen begriffen hatten, manchmal auch bei zwei, drei, ev. auch bei Serien von sechs Wortpaaren eine oder einige richtige Reproduktionen lieferten, sobald jedoch die vorgeführte Reihe ausgedehnter wurde, nicht einen einzigen Treffer zuwege zu bringen vermochten:

*Nullwerte beweisen also selbst nach mehrmaliger Vorführung der Reize keineswegs den absoluten Mangel an Auffassungs-, Merk- und Lernfähigkeit, sondern bloß die Unfähigkeit, längere Reihen, die von Normalen mit Leichtigkeit erfaßt, behalten und reproduziert werden, aufzufassen, zu behalten und wiederzugeben.*

## B.

### 1. Die Art der Einprägung.

Die Wortpaare können dem Kranken vorzüglich in zwei Arten vorgeführt werden, und zwar in optischer oder in akustischer Weise.

Es ist nicht der Zweck dieser Arbeit, die Vorzüge der einen oder anderen Art des Lernens festzustellen. Hier ist bloß von den methodologischen Vor- und Nachteilen der beiden Arten von Verfahren als klinischer Untersuchungsmethoden die Rede.

Die *akustische Methode* hat den Vorzug, daß sie an keine Apparate gebunden ist. Sie kann überall, ev. auch im Krankensaale selbst angewendet werden. Auch bei erregteren Kranken hat sie den Vorteil, daß sich die Patienten mit derselben leichter als mittels eines Apparates, vor den sie sich ruhig hinsetzen müssen, untersuchen lassen. Ich habe mit derselben erregte Paralytiker und auch eine während der ganzen Untersuchung hin und her tanzende manische Kranke öfters mit positivem Ergebnisse untersuchen können.

Die akustische Methode besteht darin, daß dem Patienten die Serie von Wortpaaren in bestimmtem Takte, entsprechend akzentuiert, mit kleinen, gleichmäßigen Pausen zwischen den einzelnen Wortpaaren (s. w. u.) vorgesprochen wird. Hierbei kann es je nach dem einzelnen

Falle zweckmäßiger sein, daß a) der Kranke bloß zuhört, und nach Anhören der ganzen Serie geprüft wird, — dies ist die rein-akustische Methode, wie ich sie seinerzeit bei meinen ersten Untersuchungen geübt hatte, oder b) der Kranke hat jedes Wortpaar sofort nachzusprechen, wodurch die Methode zu einer akustisch-motorisch-akustischen Einprägungsmethode wird.

Nun wäre es entschieden ein Irrtum, einfach anzunehmen, daß diese zweite Methode in jedem Falle bessere Resultate liefern muß, als die erste. Ein jeder, der mehrere solche Untersuchungen durchgeführt hat, wird zu der Erfahrung kommen, daß das Nachsprechen der gehörten Wortpaare die Auffassung derselben bei manchen Patienten zu einer bloßen Perzeption, und den ganzen Akt zu einer einfachen Reaktion, fast zu einem bloßen Reflexakt herabdrückt, wobei die Versuchsperson bloß klangliche Wortbilder in motorische umsetzt, ohne seine Aufmerksamkeit in entsprechendem Maße dem Sinne der Wortverbindungen zuzuwenden, also ohne das Vernommene seinem Sinne nach mit seinem Ich zu verbinden. Dies geschieht bei der rein akustischen Methode seltener. Doch haben wir bei dieser keine entsprechende Gewähr dafür, daß uns der Patient richtig verstanden hat, wie sich denn auch hier und da nachträglich Mißverständnisse herausstellen. Nur in den Fällen, wo der Untersuchte sein Interesse dem Sinne des Gehörten zuwendet, ergibt die kombinierte Methode bessere Ergebnisse als die reine akustische; dasselbe Moment kommt zur Wirkung, wenn es sich um die Wiederholung eines schon erfaßten Lernmaterials, also um die eigentliche Einprägung handelt. Ein sich manchmal ergebender Nachteil der akustischen Methode ist der Umstand, der besonders bei nervösen Kranken (auch bei Paranoikern) häufig ins Gewicht fällt, daß nämlich die Augen der Versuchsperson bei dieser Methode unbeschäftigt sind und die optische Perzeption auch in der einfachsten Umgebung tausenderlei Gelegenheit hat, die Aufmerksamkeit an sich zu reißen und mit ihr durchzugehen. In solchen Fällen handelt es sich dann bloß um akustische Perception oder um bloße akustisch-motorische Reaktion, und die Wirkung ist, daß der Geprüfte, wenn er nun die Stichworte hört, sich nicht erinnert, nicht so selten auch bestreitet, dieselben überhaupt gehört zu haben. Lassen wir den Kranken während der Einprägung, um seinen Blick zu fesseln und zu kontrollieren, uns in die Augen sehen, so wirkt dies, wie nicht unbekannt, auf recht viele — auch Normale — so unangenehm, daß das Beste ihrer freien Aufmerksamkeitsenergie durch das peinliche Gefühl, durch Überwindung der Scheu und Ähnliches in Anspruch genommen wird.

In diesen Fällen liegt der wirkliche Erfolg der Untersuchung nicht zum mindesten Teil an der Persönlichkeit des Prüfers, die wohl bei psychologischen Untersuchungen an nicht entsprechend Geübten überhaupt nie gänzlich außer Rechnung fallen dürfte. Ein absolut geduldiges,

neutrales Verhalten sowie die nur durch Einübung erreichbare absolute Sicherheit im Nacheinander der Methode sind unerläßliche Bedingungen, um an geistig kranken oder auch nur seelisch empfindlichen Personen wissenschaftlich verwertbare Resultate gewinnen zu können.

Trotz alledem wird derjenige, der all diese, mehr minder scharfen Klippen der Methodik kennt und berücksichtigt, auch auf akustischem Wege in den meisten Fällen zu einem annähernden Ergebnisse gelangen, was sich schon in der Gesetzmäßigkeit der Resultate verrät (s. w. unten). Als allgemeiner Grundsatz kann gelten, daß ceteris paribus bei der akustischen Methode kürzere Serien (von drei, sechs, höchstens neun Wortpaaren) sicherere Resultate geben, längere häufig Anlaß zur Zerstreuung der Aufmerksamkeit nicht nur des Untersuchten, sondern auch des Untersuchenden gehen. Es ist auch zweckmäßig, daß der Versuchsleiter die Wortpaare der Versuchsperson aus dem Gedächtnisse vorsagt, keinesfalls aber mechanisch, ohne Betonung, oder gar zerstreut vom Papier abliest. Auch dies erfolgt bei kürzeren Serien leichter und ohne Stockungen.

Diese Nachteile der akustischen Methode sind beseitigt, wenn wir uns der optischen Methode bedienen und die Wortpaare mittels eines geeigneten Apparates vorführen, wie ich einen solchen in der Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie (Bd. X.) beschrieben habe. Derselbe gestattet eine automatische Vorführung größerer Reizserien (bis 60), die beliebige Wiederholung der Vorführung, das automatische Zählen der Wiederholungen, die Unterbrechung der Vorführung in jedem beliebigen Zeitpunkte sowie die momentane Wiederaufnahme der Fortbewegung der Reizscheibe, die ruhende Exposition der einzelnen Reize, die äußerst einfach variable Expositionsdauer der Reize, Einführung von Pausen zwischen den einzelnen Reizen oder Reizgruppen usw. — Von mancher Seite wurde als Nachteil des Apparates das störende Geräusch der Metallteile desselben angeführt. Dasselbe war schon bei den ersten Apparaten leicht zu beseitigen, wenn man die Stärke des benutzten elektrischen Stromes mittels eines kleinen Rheostaten auf das eben zur Bewegung nötige Minimum reduzierte. Bei Benutzung von zwei Bunsen-Grenetschen Elementen als Stromquelle war dies einfach dadurch zu erreichen, daß ich die Zinkplatten nur bis zu einer gerade genügenden Strom erzeugenden Tiefe in die Flüssigkeit eintauchte.

Nun habe ich seither eine Reihe von Verbesserungen eingeführt, dank denen das Geräusch des Apparates entschieden so gering ist, daß es auch die empfindlichste Versuchsperson nicht stört. (Wohl muß ich bemerken, daß sich noch keine einzige der mehreren hundert Versuchspersonen, an denen ich seit sechs Jahren Untersuchungen anstellte, über das Geräusch beklagt hat. Dasselbe ist streng rhythmisch, fällt mit dem Moment des Erscheinens des Reizes zusammen und stört infolge-

dessen auch bei streng psychophysischen Untersuchungen nicht.) Das Geräusch wurde durch das Anschlagen des metallenen Hebels an seine Unterlage bei jedem Stromschluß verursacht. Der Hebel vermittelte bei den älteren Apparaten die Verbindung mit einem Seitenkontakt, um im Falle der Anwendung als optischer Apparat oder bei Messung der Reproduktionszeit mittels Hippschen Chronoskops den Strom des zeitmessenden Apparatenkomplexes im Momente, da das bloße Stichwort erscheint, zu schließen. Bei den neuesten Apparaten modifizierte ich diese Verbindung mit dem zweiten Kontakt derart, daß derselbe nicht durch Anschlagen des Hebels, der nun mit einem dichten Gummiringe versehen ist, sondern auf einem Seitenwege vermittelt ist. Auch ist die kleine rechteckige Metallplatte, die diese Verbindung vermittelt, für den Fall, daß wir keine elektrischen Zeitmessungen benötigen — und, wie wir sehen werden, ist dies bei klinischen Untersuchungen zumeist nicht notwendig —, einfach abzuschrauben, was eine weitere Verminderung des Geräusches zur Folge hat.

Ferner ist die Einstellung des Hebels in das Zahnräderwerk des Apparates mittels eines seitlichen Knopfes leicht regulierbar und an die Stärke des benutzten Stromes anpaßbar. Vor allem und am *allereinfachsten und vollkommensten läßt sich das Geräusch auf ein Minimum reduzieren, wenn wir die Zinkplatte der beiden Bunsen-Grenet-Elemente nur so tief in die Chromsäure eintauchen, als dies zur ungestörten Weiterbewegung eben notwendig ist.* Dies macht den Rheostaten überflüssig.

Früher benutzte ich als Strom zwei Grenet'sche Elemente oder einen Akkumulator mit zwei bis drei Zellen. In letzter Zeit benutze ich den *Strom der elektrischen Beleuchtungszentrale*, wozu ich mir einen einfachen Rheostaten mit Kurbelregulierung anfertigen ließ. Mit diesem finde ich den Gang des Apparates am leichtesten, einförmigsten und geräuschlosesten.

Ein besonderer technischer Vorteil des Apparates ist noch seine geringe Heiklichkeit. Wir können denselben in horizontaler, vertikaler, in schräger Stellung benutzen, hin und her schieben, was bei Untersuchungen an Kranken verschiedener Sehschärfe nicht selten notwendig ist, wir können ihn leicht von einem Zimmer in ein anderes transportieren, wo immer aufstellen, besonders wo elektrische Beleuchtung bei der Hand ist.

Im Frühjahr dieses Jahres verwendete ich den Apparat bei meinen populären Vorlesungen über die Physik geistiger Vorgänge in der ungar. kön. Naturwissenschaftlichen Gesellschaft zu öffentlichen Demonstrationen und Massenexperimenten. Der Apparat wurde einfach in den Kasten eines episkopischen Projektionsapparates gelegt, die automatisch erscheinenden und verschwindenden Reize erschienen und verschwanden absolut geräuschlos auf einen Karton an der

Wand des Saales in starker Vergrößerung projiziert, das momentane Stellen und ingangsetzen der Bewegung bei tachistoskopischen Auffassungs- und Assoziationsversuchen regulierte ich an meinem Vorlesepult mittels des daselbst angebrachten Morseschen Tasters. Auf diese Weise demonstrierte ich] der Zuhörerschaft die Bedeutung der verschiedenen psychophysischen Bedingungen der Auffassung und des Gedächtnisses, während die Reproduktionsmessungen mittels Einschaltung eines Demonstrationschronoskopes in den Kontakt II des Mnemometers, sowie mit einem eingeschalteten Römerschen Schallschlüssel, ebenfalls aus der Ferne sichtbar, demonstriert wurden.

## 2. Die Reproduktionsdauer und ihre Messung.

In vielen Fällen, ich möchte behaupten, in allen, ist die Messung des zeitlichen Verlaufs der Reproduktionen wünschenswert. Meiner Erfahrung nach ist der Energiewert eines geistigen Prozeßes bloß in dem Falle charakterisiert, wenn außer dem Umfang der Leistung auch ihre Dauer in Betracht gezogen wird.

Als einfaches Beispiel wähle ich, um mich verständlich zu machen eine elementare assoziative Leistung, die Additionsdauer von 50 Additionen, deren Summe in 45 Aufgaben höchstens 10, in fünfen 11 beträgt. Wie ich dies schon anderen Ortes entwickelte,[1]) haben 15 gute und mittelmäßige Schüler der ersten Volksschulklasse gegen Ende des Schuljahres die 50 Additionen sämtlich zu 100 % richtig gelöst. Würden wir uns hiermit begnügen, so ließe sich zwischen dem Leistungswerte der 15 Schüler bezüglich der erwähnten Aufgabengruppe überhaupt kein Unterschied feststellen. Vergleichen wir hingegen außer dem Umfange auch die mittlere Dauer ihrer Leistungen, so erhalten wir der Güte nach geordnet folgende Reihe der Zeitwerte:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1,1″ | 1,5″ | 1,7″ | 1,7″ | 1,9″ | 1,9″ | 1,9″ | 2,0 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | |
| 2,3 | 2,3 | 2,6 | 2,8 | 3,0 | 3,5 | 3,6 | |

Bei identischem Umfange benötigte also der am langsamsten arbeitende Schüler zur Lösung derselben elementaren Aufgaben mehr als die dreifache Zeitdauer des am raschesten arbeitenden Schülers.

Dies kann wohl für die Beurteilung der Güte der Leistung keinesfalls gleichgültig sein.

Um nun zur Beurteilung des Gedächtnisses zurückzukehren, ist bei demselben kein wesentlicher Unterschied gegenüber dem eindeutig bestimmten assoziativen Vorgange der Additionen zu finden. Dort handelt es sich um Reproduktion der Summe von zwei einfachen Addenden, welche Reproduktionen, z. B. $3 + 4 = 7$, auf Grundlage der das Schul-

[1]) Vergleichende Untersuchungen an normalen und schwachbefähigten Schulkindern I. — Zeitschrift f. Kinderforschung, 1905.

jahr hindurch gesammelten Erfahrung, der Einübung und des Erlernens im voraus eindeutig bestimmt war.

Bei den Gedächtnisleistungen und vorzüglich bei der Wortpaarmethode handelt es sich um die Verbindung zweier Wortvorstellungen deren zweite bei Nennung der ersten reproduziert, wiedererkannt und hiernach als die gesuchte Assoziation bezeichnet, d. h. angegeben werden muß. Gegenüber den freien oder mehrdeutig bestimmten Assoziationen bei gewöhnlichen Assoziationsversuchen sind unsere Gedächtnisversuche demnach ebenfalls durch die Einprägung eindeutig bestimmte Assoziationsvorgänge.

Bei Angabe des Stichwortes gelegentlich der Prüfung tauchen zumeist, wie bei freien Assoziationsversuchen, mehrere Vorstellungen im Bewußtsein des Geprüften auf, deren eine sofort oder nach mehrminder lang dauernder Unentschiedenheit mit einem bestimmten Grade der subjektiven Sicherheit als die Gesuchte angegeben wird.

Die Dauer der Reproduktion ist nun, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, für die Vorgänge kennzeichnend, die sich von der Nennung des Stichwortes bis zur Angabe des Paarwortes abspielen.

Schon in einer früheren Arbeit unterschied ich zwischen automatischen, willkürlichen und gesuchten Reproduktionen. Den automatischen, ohne unser Zutun sich einstellenden Reproduktionen kommt, wie wir dies bei Versuchen an uns selbst konstatieren können, im allgemeinen die kürzeste Reproduktionszeit zu. Bei kurzer Zwischenzeit fallen sie zumeist in die zweite Hälfte der ersten Sekunde, also 0,6—1,0″, oder höchstens in den Beginn der zweiten, also bis 1,2″. Bei diesen automatischen Reproduktionen haben wir genau die Empfindung der eindeutigen Bestimmtheit der Assoziation. Die willkürlichen Reproduktionen gehen mit dem mehr-minder ausgesprochenen Gefühle der Anteilnahme des Ich an der Reproduktion einher, ohne daß dieses Gefühl in dasjenige einer Anstrengung übergehen würde. Hierher können wir zumeist die Reproduktionen rechnen, die vom Ende der ersten bis höchstens zum Schluß der zweiten Sekunde eintreten, also von 1,2—2,0″. — Endlich kommt die dritte Gruppe der Reproduktionen, die wir schon ganz entschieden mit dem Gefühle des Suchens, der Anstrengung, des Abwartens, der Unbestimmtheit oder Unentschiedenheit hervorrufen. Dieselben können vom Beginn der dritten Sekunde bis in welchen späten Zeitraum immer fallen, doch müssen dem Herumsuchen um so mehr zeitliche Schranken (bei meinen Untersuchungen 20 Sekunden) gesetzt werden, als dasselbe 1. recht ermüdend wirkt, und besonders, wenn es erfolglos ist, mit starken Unlustgefühlen einhergehen kann, die die folgenden Reproduktionen entschieden hemmend beeinflussen; 2. viel Zeit beansprucht und

hierdnrch die Zwischenzeit für die naehfolgenden Assoziationen ungebührlich verlängert. — Zumcist giht sich bei den unheeinflußten Untersnchten die Neigung kund, falls sie in den ersten Sekunden nicht reproduziert haben, recht bald mit „ich weiß nicht", „fällt mir nicht ein" usw. zu reagieren, während sie aufmerksam gemacht, sie mögen nnr suchen, recht hänfig das gesnchte Wort, wenn anch mühevoll, dennoch üher die Schwelle des Bewußtseins hringen. Bei Versuchen an uns selhst werden wir hänfig bemerken, daß nach einer scheinbar erfolglosen Anstrengnng, das gesnchte Wort zn finden, dasselhe plötzlich wie nnerwartet und scheinhar nnwillkürlich ins Bewußtsein tritt. Es sind dies sodann anfangs willkürliche, bei ihrem Erscheinen hingegen verspätete automatische Reprodnktionen.

Die lange Pause des Suchens ist verschieden ausgefüllt. Entweder werben mehrere Motive um die Entscheidung, und wir schwanken, welches derselben das richtige, von uns vorher eingeprägte sein mag, entscheiden nns endlich auf Grundlage eines gewissen, mehr-minder ausgesprochenen Identitätsgefühles, in welchem Falle die Reprodnktion eine richtige, oder eine nnrichtige mit dem subjektiven Gefühle der Sicherheit sein wird. Oder es tauchen nacheinander mehrere Assoziationen auf, und die eine derselhen wird bloß mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit als die richtige identifiziert, was in dem fragenden Tone, hänfig auch in der Frageform der Reproduktion zum Ansdruck kommt. Oder es treten ehenfalls mehrere Assoziationen auf und wir vermögen uns für keine derselhen mit dem Gefühle der Sicherheit zu entscheiden, weshalb wir keine derselhen aussprechen, in welchem Falle eine fehlende oder Nnllreprodnktion eintritt. Die Dauer derselhen kann individnell recht charakteristisch sein, ist bei manchen immer sehr kurz, hei anderen zumeist lang. Die ersteren können oder wollen sich nicht anstrengen, die letzteren fühlen zumeist die gesuchte Reprodnktion nahe der Schwelle des Bewußtseins, ohne sie über dieselbe hehen zu können („das Wort ist mir auf der Znnge"). Oder aber konnte sich der Geprüfte zwischen verschiedenen ihm vorschwehenden Assoziationen nicht entscheiden, und zog vor, dies mit „ich weiß nicht" zn markieren. Seltener wird aher die ganze Pause des Snchens mit einer entschieden in einer hestimmten Richtung verlaufenden Konzentration ausgefüllt, die sich ausschließlich auf das gesnchte Wort richtet, wobei sonstige Assoziationen, wenigstens bewußte, überhaupt nicht auftreten.

Manchmal erfolgt die Reprodnktion selbst in der Form, daß der Geprüfte vor der Angabe des Paarwortes das Stichwort einmal, falls die Reprodnktion Schwierigkeiten macht, auch öfters wiederholt. Die Versnchsperson muß aufmerksam gemacht werden, daß sie dies nnterlasse. Doch geht dies Unterdrücken des Stichwortes hei nngebildeten Erwachsenen, bei

Kindern, sowie bei blöderen Geisteskranken manchmal mit solchen Schwierigkeiten, daß hiervon lieber abgesehen werden soll. Nur muß der Prüfende aufmerken und die Reproduktionsdauer erst im Moment der eigentlichen Reproduktion markieren, dabei aber diese besondere Art des Reproduzierens notieren. Ich tue dies, indem ich vor die notierte Zeitdauer der Reproduktion einfach einen Punkt setze. So bezeichne ich z. B. bei Prüfung der Assoziation Kind—Wiege die genannte Art der Reproduktion, die nach 2,6″ aufgetreten sein soll, mit ·2,6″. Wäre unrichtig, (also z. B. „Kind—Spielzeug 3,2″) reproduziert worden, so notiere ich einfach: „Spielzeug 3,2″ —. Die Unrichtigkeit der Reproduktion wird am zweckmäßigsten mit einem Strich nach der notierten Assoziation merklich gemacht.

*α*) Die Reproduktionsdauer wird am genauesten, wohl aber nicht am zweckmäßigten mittels Chronoskops oder Chronographen gemessen, wobei das Verfahren ganz demjenigen der üblichen chronoskopischen Messung der freien Assoziationsdauer entspricht. Als optischer Reizapparat dient bei diesen Versuchen der Mnemometer, dessen Kontakt II nun in den Stromkreis des Chronographen eingeschlossen ist, als Reaktionsapparat der Römersche Schallschlüssel, oder aber — falls die Prüfung akustisch vorgenommen werden soll, — d. h. falls bei der Prüfung die Stichworte ebenfalls gesprochen werden, werden zwei Schallschlüssel verwendet.[1])

Nun unternahm ich wohl eine Reihe von Untersuchungen des Gedächtnisses mittels dieser Methode, doch stellte es sich hierbei heraus, daß diese genaue Messung der Reproduktionszeit zum wenigsten bei klinischen Untersuchungen gegenüber den einfachen Zeitmessungen mit der Fünftelsekundenuhr entschieden im Nachteil ist.

Schon bei den freien Assoziationsmessungen, sowie bei der Bestimmung der Rechendauer hatte meines Wissens zuerst Sommer (1899)[2]) nachher Mayer und Orth (1901) die Fünftelsekundenuhr verwendet. Auf diese Art kam ich, die Nachteile der chronoskopischen Bestimmung der Reproduktionsdauer erkennend, auf die Anwendung der Fünftelsekundenuhr zur Messung der Reproduktionszeit.

Die erwähnten Nachteile des chronoskopischen Verfahrens sind:

1. Beim Erfassen des optisch perzipierten oder gehörten Stichwortes wird dasselbe, wie schon oben erwähnt, von vielen Versuchspersonen wiederholt. Mittels derselben nehmen sich die meisten Kinder, Ungebildete und Kranke, sowie, wenn

[1]) Das Metronom muß bei diesen Messungen mittels Eintauchens der Nadel in das Quecksilber auf Schluß gestellt werden, und die Weiterbewegung der Scheibe, auf der nun im rechts halb verdeckten Spalte des Mnemometers nur die Stichworte sichtbar sind, wird mit dem Morsetaster geleitet.

[2]) Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden, S. 157.

ihnen das Paarwort nicht bald einfällt, auch gebildete Erwachsene, sozusagen den Anlauf, um über die Barriere der Reproduktionsschwelle zu setzen.

Nun wird beim Aussprechen des wiederholten Stichwortes der Zeiger des Chronoskops schon gestellt und so nicht die eigentliche Reproduktionsdauer gemessen.

2. Häufig, besonders bei minder Gebildeten und Kranken, wird im Falle einer schwer reproduziblen Vorstellung mit den Lippen gelispelt, gemurmelt, wie dies Kinder tun, die um eine Antwort verlegen sind oder stecken bleiben. Hierdurch wird der sensibel eingestellte Schallschlüssel schon geschlossen.

3. Bei nicht besonders geübten und disziplinierten Kranken, z. B. bei Neurasthenischen, Paralytikern, fließt die Verteilung der Aufmerksamkeit zwischen Schallschlüssel, optischem Apparat usw. hemmend und störend auf den Verlauf der Reproduktionszeit ein, führt überflüssigerweise zu Fehlern in der Bestimmung der Reproduktionsdauer, die dann nicht gut gemacht werden können.

Ich will nur noch bemerken, daß die beiden ersten dieser Nachteile bei den freien Assoziationsversuchen, wo es sich einfach um Nennung der erstbesten auftauchenden Vorstellung handelt, zumeist entfallen.

Zu alledem sind dabei die Reproduktionszeiten so bedeutend groß, daß bei der Beurteilung von klinischen Ergebnissen die Tausendstel- und Hundertstelsekundenwerte eher ein überflüssiges Hemmnis bilden und die Fünftelsekundenwerte (praktisch in Zehntelsekunden ausgedrückt, z. B. $3^4/_5 = 3{,}8$ usw.) in allen Fällen genügen.

Viel praktischer erscheint daher die

$\beta$-Methode, d. h. die Messung der Reproduktionsdauer mittels der Fünftelsekundenuhr (Sportuhr), bei deren Anwendung sämtliche oben erwähnten Nachteile entfallen oder leichterweise eliminierbar sind.

Daß hiermit bei Gedächtnisuntersuchungen die Anwendung eines höchst komplizierten Apparatenkomplexes entbehrlich wird, ist bei klinischen Untersuchungen gewiß nicht ohne Bedeutung.

Ich möchte hier nur noch der Vollständigkeit halber bemerken, daß Sportuhren, die zugleich Taschenuhren sind, bei denen also das Zeigerwerk an der gewöhnlichen Zeigerachse befestigt ist, im allgemeinen unvergleichlich haltbarer sind, als Sportuhren, die kein gewöhnliches Uhrwerk haben.

Ferner sei auf einen nicht zu verachtenden Vorteil hingewiesen, den ich mittels einer von Jaquet hergestellten Fünftelsekundenuhr mit doppeltem Zeiger erreicht habe, nämlich die Meßbarkeit der Korrekturzeiten, wie ich dieselbe schon anderwärts beschrieben habe. Bei dieser — wohl etwas kostspieligen — Fünftelsekundenuhr teilt sich der Sekundenzeiger im Moment des Stoppens in zwei Teile, deren einer stehen bleibt, der andere weiterläuft, um sodann erst bei einem folgenden Drucke stehen zu bleiben. Hiermit ist die Dauer der unrichtigen, sowie der berichtigten Reproduktion, Rechenfunktion usw. fest-

stellbar, was meines Wissens mit keiner sonstigen zeitmessenden Einrichtung möglich ist.

Die Messung der Reprodnktionsdauer mittels der Sportuhr kann auf zwei Arten erfolgen:

$\beta_1$) War die Einprägung des Materials anf optische Weise mittels Gedächtnisapparat erfolgt, so könnte es wünschenswert erscheinen, zur Auslösung der Reprodnktion der Versuchsperson die Stichworte ebenfalls optisch vorzuführen. In diesem Falle müßte das Fortrücken der Sportnhr im Momente des Erscheinens des Stichwortes erfolgen, was aber einen Assistenten znr Bedienung des Tasters benötigt, anßer, der Kranke würde sich die Stichworte mit demselhen selhst anslösen, was nicht immer dnrchführhar ist. Eben deshalb ist es zweckmäßiger, sich der $\beta_2$ Methode zn bedienen, wo nämlich die Stichworte dem Patienten nicht vorgeführt, sondern vorgesagt werden. Gegenwärtig wende ich bei meinen Untersnchnngen fast ausschließlich die Methode des Ausfragens an.

Daß diese Methode des Ansfragens hei aknstisch oder akustischmotorisch-akustisch erfolgter Einprägnng überhaupt die beste ist, hraucht wohl nicht hesonders hetont zn werden.

$\gamma$) Die von mir früher bei der Mehrzahl meiner klinischen Untersnchungen hefolgte Methode der annähernden Bestimmnng der Reprodnktionsdauer hestand, wie ich dies seinerzeit mitteilte, darin, daß einfach die Sekunde, innerhalh welcher die Reproduktion erfolgte, aus den Schlägen des Metronoms abgezählt wurde. Selbstredend mußte hierzn das Metronom im Gesichtskreis des Untersnchenden, also in der Nähe des Untersuchten sein. Doch kann ich wiederholt betonen, daß bei meinen, sich auf Jahre erstreckenden klinischen Untersnchungen nicht ein einziger Fall vorkam, wo sich ein Untersuchter wegen Störnng seitens des Metronoms (ebensowenig, wie des Klappens am Apparate selbst) heschwert, diesbezüglich eine Bemerkung gemacht oder ein Zeichen des Gestörtseins erkennen hätte lassen.

Die Erfahrung zeigte, daß diese Art der Zeitmessung für klinische Untersnchungen an Geisteskranken, zum Nachweis eventueller Störnngen der Reproduktion vollkommen genügt.

Die Vergleichung der drei Prüfnngsmethoden ergiht als einfachste und in jeder Hinsicht vorteilhafteste die $\beta$-Methode, d. h. die Messung mittels der Fünftelseknndenuhr.

(Zweiter Teil folgt.)

---

II.

Aus der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten in Kolozsvár (Klausenburg).

# Die Schlaflosigkeit infolge von Störungen des Vorschlafes.

Von Hofrat Prof. **Dr. Karl Lechner.**

Die Vielgestaltigkeit der Schlafstörungen fordert ein eingehendes klinisches Studium dieser krankhaften Zustände heraus. Insolange die Unkenntnis über das Wesen des Schlafes den Weg zu mannigfachen phantastischen Theorien freigelassen hat, vermochte der Kliniker nur allgemeine Krankheitsbilder zu konstruieren. Neuere Forschungen (Mosso, Brodmann, Claparède usw.) ergaben das positive Resultat, daß — wie alle Lebensprozesse — auch der Schlaf auf Reflexerscheinungen zurückzuführen sei. Meine diesbezüglichen Untersuchungen[1]) brachten mich zur Überzeugung, daß der physiologische Schlaf, nebst der phylogenetisch-angeerbten und ontogenetisch-akkommodierten Periodizität, nur zwei unbestreitbare Kriterien besitzt: die Bewußtlosigkeit und die Erholung. Beide ergänzen einander, insofern der Bewußtlosigkeitszustand das Auslösen von Reizwirkungen und somit den Kraft- und Stoffabbau des Organismus in ausgedehntem Maße verhindert, während die Erholungspause den Kraft- und Stoffaufbau daselbst mächtig befördert. Beide Faktoren sind auf Reflexerscheinungen zurückzuführen und zeigen neben dem Kraft- und Stoffwechsel noch Form-, Zeit- und Erfolgsveränderungen innerhalb der Reflexvorgänge.

Die Schlafreflexe — wahrscheinlich eigenartiger vasomotorischer Natur — schalten, durch ein Absperren der Projektionsbahnen, alle Akte des Bewußtwerdens aus dem Kreise der Lebenserscheinungen aus. Die Erholungsreflexe hingegen, mit ihren vasomotorischen Veränderungen des Biotonus, stellen die Bedingungen des Kraft- und Stoffersatzes her. Der erstere Reflex beschützt den Organismus vor Erschöpfung und Selbstvergiftung, der zweite sammelt neue Kräfte und Stoffe zu weiteren Lebenszwecken an. Gewöhnlich wirken beide Mo-

[1]) Lechner: Az álmatlanságról. — Purjesz emlékkönyv. 1906.

mente gegenseitig aufeinander. Je tiefer die Bewußtlosigkeit, desto größer die Erholung und umgekehrt.

Klinische Erfahrungen bestätigen diese Tatsachen, aber auch das Vorkommen vieler Ausnahmen. So mancher lange Schlaf bringt keine richtige Erholung, und kurzdauerndes Schlafen gestattet nicht selten ein

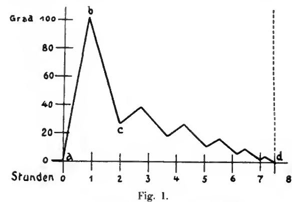



Fig. 1.
Tiefenkurve des normalen Schlafes.

bedeutendes Erholen. Auch scheint der Grad der Bewußtlosigkeit mit dem Schlafeffekt nicht immer in Einklang zu stehen, denn selbst beim tiefsten Schlaf bleibt oft die Erholung aus, während ein oberflächliches,

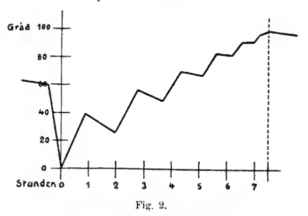



Fig. 2.
Erholungskurve des normalen Schlafes.

leises Schlafen bedeutende Erholung bewirken kann. Es ist somit ein getrenntes Verhalten der sonst sich ergänzenden Faktoren bei mancherlei Störungen des Schlafes vorauszusetzen. Den losen Zusammenhang der beiden Momente beweisen übrigens die graphischen Bilder der

Schlaftiefe (Figur 1) und der Schlaferholung (Figur 2) am besten. Während die Schlaftiefe — innerhalb der normalen Schlafdauer — einen steilen Anstieg und anfangs raschen, später allmählich wellenförmig sinkenden Abfall zeigt, kommt die Erholung mit geringen Undulationen in steter Progression zustande. Die obigen schematischen Figuren sind Durchschnittsbilder vielfacher Untersuchungsergebnisse. Die Schlaftiefe wurde teilweise vermittelst eines hierzu konstruierten Barästhesiometers gemessen, der als Weckreiz galt. Zur Messung der Schlaferholung diente die Kraepelinsche Methode des fortlaufenden Addierens einstelliger Zahlen, im bestimmten Zeitraum, an hierzu verfertigten Zahlentabellen.

Sowohl die Schlafreflexe wie auch die Erholungsreflexe können für sich gestört sein, woraus einerseits ein *krankhaftes Verhalten der Schlaftiefe* (*Dyshypnia*), anderseits ein solches der *Schlaferholung* (*Dyspaula*) entsteht.

Der normale Gang der Schlaftiefe erlaubt mindestens zwei Phasen zu unterscheiden: den jähen Anstieg des *Vorschlafes* (*Praedormitio*) bis zum tiefsten Einschlafen (Figur 1, a b) und den darauf folgenden stetigen Abfall des *Nachschlafes* (*Postdormitio*) bis zum Erwachen (Figur 1, b c d). Letztere Phase läßt sich in zwei Teile teilen, wenn der rasche Anfangsabfall (Figur 1, b c) vom allmählichen Endabstieg (Figur 1, c d) getrennt wird. Vielfach pflegt man das zwischenliegende Stadium (b c) als *Tiefschlaf* (*Dormitio*) zu bezeichnen, was aber in Anbetracht des jähen Sinkens der Schlaftiefe nicht ganz berechtigt erscheint. Das Einschlafen und das Erwachen muß unbedingt voneinander unterschieden werden, schon aus dem Grunde, weil die einschläfernden Reize von den Weckreizen ganz verschieden und voneinander unabhängig sind. Es kann somit eine Phase des Vorschlafes ($^3/_4$—1 Stunde) und eine Phase des Nachschlafes (6—6$^3/_4$ Stunden) unterschieden werden.

Experimentell ist es derzeit nicht möglich, die Existenz der Schlafreflexe festzustellen. Die Möglichkeit, Übbarkeit, individuelle und familiäre Eigenartigkeit und das getrennte Verhalten des plötzlichen oder allmählichen Einschlafens und ebensolchen Erwachens läßt jedoch bestimmt auf getrennte Reflexerfolge schließen. Diese Erfolge können mit den durch Lehmann, Brodmann, Berger nachgewiesenen reflektorischen Gefäßundulationen während des Schlafes nicht identisch sein, sonst vermöchten die letzteren — die ganze Schlafdauer hindurch — nicht dasselbe, unausgesetzte, feine, akkommodative, allen Reizeinwirkungen gerecht werdende Spiel der Vasomotoren zu bekunden, und zwar in ganz demselben Maße wie im Wachzustande. Eigene, an mir selbst gemachte Erfahrungen hingegen, die sich auch an anderen vielfach bestätigen ließen, liefern einige Beweise dafür.

Ohne vorausgegangene Ermüdung, in pünktlich eingeübter Zeit, bei ungeteilter, auf das Einschlafen gerichteter Aufmerksamkeit, gelang

es mir nämlich, im Momente des Einschlafens besondere Empfindungen wahrzunehmen. Es schien mir, als würde eine Welle schnellströmender Flüssigkeit sich über mein Gehirn und Auge ergießen. Dabei empfand ich eine Spannungsveränderung im Kopfe, gleich einer Blutdruckveränderung daselbst, ein Erleichterungsgefühl im ganzen Körper und ein bewußtes Schwinden der Sinnestätigkeit. Alle diese Empfindungen waren stets nur von momentaner Dauer, da ihnen die sofortige Schlafbewußtlosigkeit folgte. Besser noch kamen sie zur Wahrnehmung, wenn zufällige oder vorbereitete Reize ein sofortiges Erwachen veranlaßten. In diesem Falle konnte ich eine unlengbare, wenn auch kurze Nachwirknng der geschilderten Erscheinungen bemerken. Ähnliche Symptome wiederholten sich beim plötzlichen Erwachen, mit dem Unterschiede, daß die Strömungs-, Druck- und Spannungsempfindungen weniger deutlich waren, aber um so mehr das Gefühl hervortrat, als rollte von den Sinnesorganen ein dagewesenes Hindernis plötzlich hinweg. Obwohl beim Entstehen der genannten Empfindungen das Einüben eine gewisse Rolle spielen durfte, ließ sich die Deutung doch nicht gänzlich abweisen, als hätten wir es hier mit — wenn auch noch unbekannten — Reflexwirkungen zu tun. Am nächsten steht der Gedanke, daß es vasomotorische Erscheinungen seien. Fühlen wir doch beim Erröten, beim Erblassen des Gesichtes ähnliche Druck-, Spannungs- und Strömungsveränderungen, die sichtbar durch vasomotorische Funktionen erzeugt sind. Die plethysmographischen Aufzeichnungen Bergers, Lehmanns, Brodmanns sowie die Experimente Mossos, Mays', Sarlos und Bernardinis lassen aber ähnliche Blutdruckwirkungen der Vasomotoren im Gehirn beim Einschlafen und Erwachen nicht bemerken. Die Blutfülle des Gehirns wechselt sowohl im Schlafe, wie im Wachzustande gleichmäßig und fortwährend. Die mit den Herzbewegungen synchronischen Pulsationen, die mit den Atmungsbewegungen zusammenfallenden Oszillationen und die selbständigen, von den Blutdruckveränderungen unabhängigen vasomotorischen Undulationen der Gehirngefäße hören niemals auf. Positiv scheint nur soviel nachweisbar zu sein, daß im Momente des Einschlafens nicht nur die Blutgefäße des Gehirns, sondern auch die der Extremitäten in einen vasodilatatorischen Zustand geraten und blutreicher werden, wobei jedoch der arterielle Zufluß — abgesehen von den fortdauernden Pulsationen, Oszillationen und Undulationen — unverändert bleibt, während der venöse Abfluß erschwert wird. Hierdurch steigert sich im Stadium des Vorschlafes die Blutfülle des Gehirns. In der Phase des Nachschlafes erleichtert sich der venöse Abfluß wieder allmählich, und es vermindert sich die Blutfülle, obwohl bei Einwirkung heftiger Weckreize stets eine, dem Reize angepaßte, plötzliche Vasodilatation zustande kommt. — Sollte diese Behinderung des venösen Abflusses als Schlafreflexwirkung angesprochen werden, so könnte

vielleicht mit dem Anwachsen der Blutfülle das Gefühl der Blutströmung erklärt werden. Der Mangel jeder besonderen Blutdruckveränderung hingegen ließe das Zustandekommen des Spannungsgefühles unaufgeklärt.

Es müssen somit andere, noch nicht erforschte Schlafreflextätigkeiten mit im Spiele sein. — Daß diese Schlafreflexe von den später zu besprechenden Erholungsreflexen verschieden sind, erhellt aus dem gegenseitigen Verhältnisse der beiden zueinander. Der Schlafreflex löst den Erholungsreflex sozusagen aus, beide verhalten sich zumeist geradezu konträr, insofern die vasomotorischen Undulationen der Erholungsreflexe um so kleiner und seltener sind, je größer die durch den Schlafreflex bedingte Tiefe der Bewußtlosigkeit ist, und umgekehrt. Klinisch dokumentiert sich das Verhalten der Schlafreflexe in den mannigfachen Formen des phylogenetisch periodischen Schwindens und Wiederkehrens des Bewußtseins. — Für das phylogenetische Entstehen der Periodizität der Schlafbewußtlosigkeit spricht der biologische Wert und die physiologische Eigenart des Schlafes, sowie der Winter- und Sommer-, Tag- und Nachtschlaf verschiedener Tierarten.

Das Bild der Erholungskurve spricht keinesfalls für die erwähnte Zweiteilung des Schlafzustandes. Der gleichmäßig progressive, wenn auch undulierende Gang der Erholung an sich ließe eine solche Auffassung nicht aufkommen. Wenn man aber bedenkt, daß der erholungsbedürftige Zustand vor dem Einschlafen und der erholte Zustand nach dem Erwachen ganz entgegengesetzte, eigenartige Gemeingefühle und Empfindungen erwecken, diejenige der *Schläfrigkeit* und diejenige der *Munterkeit*: so dürfte doch ein Übergang des einen Zustandes zum anderen, also die Trennbarkeit in zwei verschiedene Phasen, vorausgesetzt werden, selbst dann, wenn deren Grenzen nicht genau zu markieren sind. Auch sonstige Reflexerfolge, z. B. die Reaktionszeit, die Merkfähigkeit, die Hautempfindlichkeit, der Raum- und Zeitsinn usw., wenn man sie einer vergleichenden Messung unterwirft, sprechen für zweierlei Zustände vor und nach dem Schlafe, wenn auch der Übergang von einem zum anderen fließend erscheint.

Bergers Untersuchungen beweisen zur Genüge den vasomotorischen Wert des Verwornschen Biotonus. Demnach wäre im korrelativen Verhalten der Blutgefäße zu den stofflichen Assimilationen und Dissimilationen ein Reflexmechanismus zu finden, der den lokalen Kraft- und Stoffumsatz reguliert und der von den vasomotorischen Zentren unabhängig arbeitet. Die Kraft- und Stoffveränderungen gelten als lokale Reize, die, in lokalen, vasomotorischen Reflexen ausklingend, eine so feine Einstellung der Blutgefäße gestatten, daß sich der Biotonus überall an die geringsten Lebensvorgänge genau akkommodieren kann. Und eben diese biotonischen Reflexe müssen als Erholungsreflexe angesprochen werden, weil sie sich während des Schlafes den Traumempfindungen, Traum-

gedanken und Traumreaktionen in nachweisbaren Undulationen anpassen und der Grad der Erholung von ihnen abhängig ist. — In den klinischen Bildern der Schlafstörungen stoßen wir tatsächlich auf die vielgestaltigen Symptome der Schläfrigkeit und der Munterkeit als solche, die uns über den jeweiligen Zustand der Erholungsbedürftigkeit und des Erholtseins Aufschluß geben. — Die große individuelle Akkommodationsfähigkeit der Erholungsreflexe an die äußerlichen und innerlichen Zustands- und Reizveränderungen kann als Beweis für deren ontogenetische Entwicklung betrachtet werden.

Sobald im Zustande des Schlafes zweifache Gegensätze anerkannt werden müssen, steht auch der Voraussetzung nichts mehr im Wege, daß sich die Schlafstörung teils auf das Einschlafen oder das Erwachen, teils auf die Schläfrigkeit oder die Munterkeit beschränken kann. Hierdurch ist die Möglichkeit des krankhaften Einschlafens, (Dyskoimesis), des krankhaften Erwachens (Dysegersis), der krankhaften Schläfrigkeit (Dysnystaxis), und der krankhaften Munterkeit (Dysphylaxia) gegeben. Alle vier Formen der Schlafstörung besitzen eigenartige, klinisch merkbare Erkennungszeichen, sowohl formeller und zeitlicher Natur, als auch in Gemeingefühlen und Reaktionen ausklingend.

Ein weiterer, klinisch faßbarer Unterschied im Bilde der Schlafstörungen ergibt sich durch die Art der auslösenden Reizursachen. Nicht allein die Schlafreize und Weckreize, sondern auch die Ermüdungsreize und Erholungsreize können äußere (heterogene, exogene) und innere (autogene, endogene) sein. Ein Schlummerlied z. B., eine Befehlssuggestion, ein Schaukeln des Körpers oder ein Streicheln der Haut dürfte jedenfalls nur als äußerer Schlafreiz aufgefaßt werden. Hingegen kann die psychische Ermüdung, die Autosuggestion, die Narkose wohl als innerer Schlafreiz gelten. Starke Sinnesreize, periphere Schmerzen, Körpererschütterungen sind gewiß rein äußere Weckreize; erregende Träume, Zeitsuggestionen, heftige Traumreaktionen dagegen innere Weckreize. Daßelbe gilt von den ermüdenden und erholenden, schlafstörenden und schlafbefördernden Reizen, wobei als innere nur diejenigen aufzufassen sind, die im Zentralnervensystem selbst sitzen, während alle aus den peripheren Körperteilen stammenden Reize zu den äußeren gehören.

Diesen Umstand erwägend, darf man die oben benannten Schlafstörungen noch teils als exogene, teils als endogene betrachten.

Nebst diesen Unterschieden zeigt das Krankheitsbild des Schlafes jedenfalls noch ein positives oder ein negatives Verhalten der erwähnten Reflexe, und zwar sowohl bezüglich der Quantität wie der Qualität des Erfolges. Die Bewußtlosigkeit kann seichter oder tiefer, kürzer- oder längerdauernd, aber auch unvollkommen, durch Traumbilder beeinflußt

oder vollständig traumfrei sein. Die Erholung vermag sich nicht nur minder oder mehr verzögert oder beschleunigt zu gestalten, sondern sie kann auch einseitig schlimmer oder besser werden, den sonstigen Schlaferscheinungen ungenügend angepaßt oder im Erfolge übertrieben sein. Die quantitativen Intensitätsveränderungen der Irritabilität, der metabolischen Vorgänge, sowie jene der Dauer und der Lebhaftigkeit des Reflexaktes innerhalb des Reflexbogens rufen jedenfalls nur einen negativen hyposthenischen oder einen positiven, hypersthenischen Reflexerfolg hervor. Eine Verminderung oder Vermehrung der Reizbarkeit, eine Schwächung oder Stärkung des Reflexerfolgs, eine Verzögerung oder Beschleunigung der Reflexarbeit, eine Abkürzung oder Verlängerung des Reflexvorganges wird die Folge solcher quantitativer Kraft- und Stoffveränderungen sein.

Kommen jedoch zu diesen Faktoren die hemmenden und bahnenden Beiwirkungen verschiedener Nebenreflexe hinzu und entfalten sich hierdurch die sog. äußeren Anregungen (Amberg) und Abschreckungen, sowie die inneren Antriebe (Kraepelin) und Behinderungen, so gestaltet sich qualitativ das negative Resultat zum parasthenischen, das positive zum palinsthenischen Reizerfolge. Die Erschwerung und Erleichterung der Reizeinwirkung, die Verschlimmerung und Verbesserung des Reizerfolges, das Träger- oder Lebhafterwerden der reizerzielten Arbeit, die Verstümmelung oder Übertreibung der reizverlangten Vorgänge des Kraft- und Stoffwechsels führen zu einer perversen oder paradoxen Qualität der Reflexveränderung.[1] — Klinisch vermag man diese Veränderungen einerseits in den Steigerungen und Herabsetzungen des Schlaferfolges, andererseits im quantitativen und qualitativen Widerspruche zwischen den auslösenden Reizen und der ausgelösten Arbeitsleistung aufzufinden. Was hyposthenische, hypersthenische und parasthenische Erscheinungen sind, brauche ich nicht zu erklären. Palinsthenisch nenne ich alle diejenigen, bei welchen geringe Reize große positive Effekte hervorrufen, jedoch solche, deren Erfolgqualität der Reizqualität nicht entspricht. Wenn z. B. der einfach quantitativ schwache Kniereflex hyposthenisch, der einfach quantitativ starke hypersthenisch genannt wird, so ist der qualitativ veränderte schwache, verspätete, träge, wankende oder wogende Reflex als parasthenisch zu bezeichnen. Als palinsthenisch hingegen kann derjenige betrachtet werden, der zwar kräftig, aber qualitativ verändert ist, weil er mit einer paradoxen Beugung des Knies, oder mit einem Reflexerfolg in nicht gereizten Muskelgruppen, oder gar auf der nichtgereizten anderseitigen Extremität verbunden ist.

Die näheren Details dieser meiner Untersuchungsergebnisse habe

[1]) Lechner: A reflextipusokról E.M.E.O.T, Ertesitö. 1903.

ich anderwärts ausführlich besprochen.[1]) Hier möge für Zwecke der folgenden klinischen Betrachtungen nur soviel konstatiert sein:

1. Daß es besondere Störungen des Vorschlafes und andere des Nachschlafes, d. h. des Einschlafens und des Erwachens, gibt;

2. daß die Störungen der Schlaftiefe von jenen der Schlaferholung getrennt werden können;

3. daß, je nach den heterogenen oder autogenen Ursachen, exogene und endogene Schlafstörungen voneinander zu unterscheiden sind;

4. daß, abhängig vom Schlaferfolge, sich hyposthenische, hypersthenische, parasthenische und palinsthenische Formen der Schlafstörungen ergeben.

Vorläufig sollen nur diejenigen Störungen des Vorschlafes kurz besprochen werden, die eine Verminderung oder Verkürzung des Schlaferfolges zeigen, also in das Bereich der Schlaflosigkeit gehören. Die ebensolchen Störungen des Nachschlafes, sowie diejenigen, welche im Rahmen beider Kategorien mit positiver Vertiefung und Verlängerung des Schlafes einhergehen, mögen ein anderes Mal erläutert werden.

Zu bemerken wäre noch, daß die aus Störungen des Vorschlafes sich entwickelnden Schlaflosigkeiten immer nur hyposthenischer oder parasthenischer Art sein können. Hypersthenische und palinsthenische Formen kommen hier nicht vor, weil diesen nur stets mit einer Vergrößerung des Schlafeffektes verbunden sind, somit als Formen des übermäßigen Tiefschlafes und Langschlafes aufzufassen sind.

* * *

Alle in die Kategorie der Vorschlafstörungen gehörigen Schlaflosigkeiten sind durch einen, sich stets nur auf die Periode des Einschlafens erstreckenden, negativen Schlaferfolg gekennzeichnet. Sobald das Einschlafen gelungen ist, verläuft der Nachschlaf in ganz oder nahezu normaler Weise. Wo das Einschlafen nicht gelingt, bleibt der Nachschlaf natürlich gänzlich weg. Die Störung kann sich auf die Schlaftiefe beschränken oder im Bereich der Schlaferholung auftreten. Im ersteren Falle haben wir es mit einem gestörten Einschlafen (Dyskoimesis), im letzteren Falle mit einer Störung der Schläfrigkeit (Dysnystaxis) zu tun. Beide werden bald durch äußere (exogene), bald durch innere (endogene) Ursachen hervorgerufen und reihen sich entweder dem hyposthenischen oder dem parasthenischen Reflextypus ein, je nachdem, ob sie nur quantitative oder auch qualitative Veränderungen zeigen.

[1]) Lechner: Az álomról. 1906.

## I. Das gestörte Einschlafen.

Vier Hauptformen sind zu unterscheiden:

1. Das schwache, leise Einschlafen (Leptokoimesis). Unter diesem Namen fasse ich alle jene Einschlafstörungen zusammen, bei denen ausschließlich äußere Ursachen eine exogene Hyposthenie der Schlaftiefe erzeugen. Es kommt quantitativ zu keiner vollständigen Bewußtlosigkeit, weil schon der kleinste äußere Reiz die Entwicklung der gehörigen Schlaftiefe behindert. Der Einschlaf wird oberflächlich, zeigt aber keine qualitative Veränderung und bleibt beim höchsten Grad des Leidens ganz aus. Äußere und periphere Ursachen bringen eine auffallende, allgemeine psychische Irritabilität hervor. Diese scheint die Reizschwelle des Schlafreflexes zu erhöhen. Starke Reize, wie arger Lärm, große Helligkeit, heftige Körperschmerzen usw., können auch das normale Einschlafen unmöglich machen. Beim leisen Einschlafen bewirken dies oft die allergeringsten peripherischen Reize. Hieraus kann auf eine Infirmation, auf einen hyposthenischen Zustand des Schlafreflexes gefolgert werden. Entweder kommt es infolge der Unmöglichkeit des Einschlafens überhaupt zu keinem Schlaf, oder, je nach Größe und Dauer der Hyposthenie, nur zu einer oberflächlichen, von Traumvorgängen lebhaft begleiteten Bewußtlosigkeit. Das Gefühl der Schläfrigkeit ist dabei ganz unverändert, kann sogar — wenn auch selten — ziemlich groß werden. Dieser schlaflose Zustand dauert gewöhnlich drei bis vier oder mehr Stunden. Ihm folgt ein ruhiges, allmähliches, sechs bis siebenstündiges, zumeist traumloses Erwachen, nach welchem eine normale, ausgeschlafene Munterkeit, seltener ein unbedeutendes Gefühl des Nichtausgeruhtseins wahrzunehmen ist.

Stehen äußere, bedeutende Schlafhindernisse im Vordergrund, so mag man den Zustand ein behindertes Einschlafen (Empodisto-koimesis, Indormitio) nennen. Tritt dagegen mehr die ungenügende Tiefe der Bewußtlosigkeit, infolge der Asthenie des Schlafreflexes hervor, so haben wir es mit einem oberflächlichen Einschlafen (Atonokoimesis) zu tun, das ein langgedehntes, leichtgestörtes Erwachen nach sich zieht. Das bis zur vollen Schlaflosigkeit gesteigerte Leiden kann als Schlafunfähigkeit (Akoimesis, Insomnia transitoria) bezeichnet werden, die erfahrungsgemäß stets nur transitorisch ist. Wenn kein Einschlafen möglich ist, gibt es natürlich auch kein Erwachen, wobei die Gemeingefühle der Schläfrigkeit dann, je nach der Dauer der Schlafunfähigkeit, sich zu beträchtlicher Höhe steigern können.

Als Ursachen des geschwächten Einschlafens sind starke, ermüdende Sinnesreize, erhöhte Irritabilität der Sinnesorgane, heftige körperliche

Schmerzen, große körperliche Müdigkeit, Krankheiten der Sinneswerkzeuge und der Geschlechtsorgane zu erwähnen.

Die Therapie muß sich auf die Beseitigung der genannten Ursachen beschränken. Ruhe, warme Bäder, Bromsalze, antineuralgische Mittel genügen für gewöhnlich. Bei Atonokoimesis und Akoimesis zeigt sich oft die Galvanisation des Kopfes als wirksam.

Beob. 1. Akoimesis. — Frau M. C., 29 Jahre alt, Großgärtnersgattin, gebar am 13. September 1905 ihr fünftes Kind. Perinealruptur. Im Verlauf der ersten Laktationsperiode tritt eine akute Nephritis mit polyneuritischen Erscheinungen auf, wahrscheinlich infolge puerperaler Intoxikation. Rasch entwickeln sich schwere Paresen der Füße, dann der Hände und Arme. Später kommen Schluckbeschwerden, näselnde Sprache, geringe Dyspnoë und Strabismus convergens hinzu. Im Harn erscheint Eiweiß, die Extremitäten und das Gesicht werden ödematös. Schmerzhafte Druckpunkte, Parästhesien usw. treten auf. Der geringe dyspnoëtische Zustand allein, wenn die Parästhesien schweigen, stört das Schlafen nicht. Dagegen behindern die fortwährend krihbelnden Parästhesien das Einschlafen. Patientin sitzt bis 2 oder 3 Uhr morgens schläfrig, aber schlaflos im Bette, versinkt selten in einen Halbschlaf und erwacht dann — genügend erholt — gegen 9 Uhr morgens. Bettruhe und warme Bäder erzielen eine Linderung der Beschwerden und damit einen ausgiebigen Schlaf. Milchkur, später Galvanisation der Extremitäten beschleunigen die Besserung. Ende Februar 1906 vollkommene Heilung.

Beob. 2. Indormitio. — A. O., 69 Jahre alt, Apotheker. Leidet seit zwei Jahren an fortwährendem Jucken der Haut am ganzen Körper, besonders in den Lenden und entlang der Oberschenkel. Senile Veränderungen. Allgemeine Arteriosklerose. Anämie der Haut. Die Bettwärme vermehrt das Jucken. Deshalb schlaflose Nächte, später leiser Halbschlaf. Schlafen des Morgens und bei Tag mit genügender Erholung. Innerlich Jodsalze. D'Arsonvalisation der Haut. Bäder. Das Jucken wird geringer und damit der Schlaf besser. Jede Vermehrung des Juckens erschwert stets das Einschlafen.

Beob. 3. Atonokoimesis. — S. D., 30 Jahre alt. Gendarmunteroffiziersgattin. Hysterische Anlagen. Seit neun Wochen supraorbitale Neuralgieanfälle beiderseits mit Schmerzhaftigkeit der Augen und heftiger Kephalalgie, im Anschluß an eine linksseitige Parametritis und Salpyngitis. Zu den Anfällen gesellt sich ein nervöses Herzklopfen und ein leiser Schlaf, den schon sehr geringe Reizeinwirkungen störend beeinflussen. Patientin liegt in diesem oberflächlichen Schlummer bis 3 oder 4 Uhr in der Früh. Sodann folgt ein fünf bis sechsstündiges lebhaftes Träumen und darauf ein plötzliches Erwachen mit großer Empfindlichkeit in der Orbitalgegend, besonders der Augenlider. Schläfrigkeit oder ein Gefühl des Unausgeschlafenseins bleibt nicht zurück. Bettruhe, Eisumschläge, später Prießnitzumschläge auf den Bauch, Leducsche Elektrisation des Kopfes, kohlensaure Bäder bei Herzerregungen verscheuchen die Schmerzen und lassen einen ruhigen Schlaf zustande kommen. Vollständige Heilung in $6^1/_2$ Wochen.

2. Das schwere, unruhige Einschlafen (Mogikoimesis) unterscheidet sich vom leisen Einschlafen vorzüglich durch qualitative Veränderungen. Es kommt nicht so sehr zu einer ungenügenden Tiefe der Bewußtlosigkeit als vielmehr zu einer Diffikultation, zu einem erschwerten, modifizierten Ablauf des Einschlafens infolge beitretender hemmender Einflüsse. Der eigentümliche Verlauf kann getrost als exogene Parasthenie der Schlaftiefe aufgefaßt werden. Charak-

teristisch ist daran, daß das Einschlafen anfangs immer gut vonstatten geht. Nach einer $^1/_4$—$^1/_2$ stündigen Schlafdauer treten aber Schwierigkeiten auf. Der Patient wird unruhig, wüste Träume stellen sich ein, die Schlaftiefe unduliert lebhaft, und es kommt entweder zu einem plötzlichen, oft mehrfach wiederholten Erwachen oder zu unbewußten Schlafreaktionen. Die Behinderung des Einschlafens kann mehrere Stunden dauern. Schließlich schläft der Patient tief genug ein, um dann, durch ein normales, fünf bis sechsstündiges Erwachungsstadium hindurch, ganz wohlauf zu erwachen. Als hemmende Einflüsse gelten immer nur äußere oder periphere Einwirkungen, die wohl nur halb und traumhaft verändert ins Bewußtsein gelangen, aber durch vasomotorische oder andere Reflexerfolge den Schlafreflex in seinen kontraktilen Wirkungen zu hemmen geeignet sind. Es kann der Erfolg auch als ermüdete Reaktion des Schlafreflexes aufgefaßt werden. Schlechte Lagerung des Körpers, hohe oder niedrige Temperatur des Schlafraumes, Belästigung durch Ungeziefer, Nachhintensenkung der Zunge, Verstopfung der Nase, Verschleimung der Bronchien, Überfüllung der Blase, Völle des Magens, Gase des Darmes, starkes Herzklopfen, arge Transpiration usw. verursachen lebhafte Reflexwirkungen, oft ängstliches Träumen mit heftigen Affekten, Traumreden und Traumgebärden, die insgesamt auf den Ablauf des Schlafreflexes störend einwirken. Ein plötzliches Erwachen mit unangenehmen Empfindungen, selbst stürmisch auftretenden Angstzuständen, oder ein unruhiger, traumbelebter Schlaf sind die Folgen dieser hemmenden Einwirkungen. Nach kurzem Wachsein oder nach längerdauernder Unruhe tritt der volle Schlaf in seine Rechte. Und eben hierdurch unterscheidet sich dieser Zustand vom echten Pavor nocturnus postdormitionalis, der als krankhaftes Erwachen immer in das Stadium des Erwachens fällt. Diejenigen Formen, die in die Phase des Einschlafens einsetzen und danach ein ruhiges Ausschlafen gestatten, gehören in die Kategorie des Mogikoimesis. Die Schläfrigkeit vor dem Einschlafen und die Munterkeit nach dem Erwachen zeigt keine besonderen Abweichungen, höchstens fühlt der Patient vorher und nachher etwas Müdigkeit.

Es kann vorkommen, daß hierbei nicht so sehr das Erscheinen hemmender Reflexwirkungen in den Vordergrund tritt, als vielmehr der Ausfall gewohnter bahnender äußerer Einflüsse. Der Mangel des eigenen Bettes, ungewohnte Körperlage, fremde Bettdecken, das Fehlen allabendlich eingeübter, schlafbringender Reize, wie jene des Uhrtickens, einer Tasse Milch, eines Glases Wasser, einer kurzen Abendlektüre usw., lassen den gut angehenden Einschlaf nicht zur vollen Entwicklung gelangen und bringen ein traumbelebtes, unruhiges, durch Schlafreaktionen, ev. durch Erwachen unterbrochenes Weiterschlafen hervor. Wenn wir das durch äußere hemmende Einwirkungen erschwerte Einschlafen den verscheuchten Einschlaf (Phoherokoimesis) nennen, so darf

das durch den Ausfall der bahnenden Einflüsse unterdrückte Einschlafen als unterdrückter Einschlaf (Diaptokoimesis) bezeichnet werden. — Den pavorähnlichen Zustand des verscheuchten Einschlafens dürfte man — zum Unterschied — mit dem Namen der Einschlafangst (Angokoimesis. Pavor praedormitionalis) belegen.

Die Ursachen des schweren, unruhigen Schlafes sind beim Anführen der hemmenden und bahnenden Reize schon erwähnt worden. Sie haben aber eigentlich nur dann einen störenden Effekt, wenn konstitutionelle, neuropathische Schwächezustände, neurasthenische Ermüdbarkeit, hysterische oder epileptische Reizbarkeit den Boden dazu vorbereitet haben.

Die Therapie braucht sich nur auf die Beseitigung der schwächenden Momente zu beschränken. Das Brom bringt keinen Nutzen. Die Hypnotika pflegen eher zu schaden. Bei der Diaptokoimesis haben, nach dem plötzlichen Erwachen, beruhigende Wachsuggestionen, beim unruhigen Schlaf oft auch gut angewendete Schlafsuggestionen eine auffallende Wirkung. Auf einfaches Zusprechen sistiert zumeist plötzlich das Traumreden und das ungestüme Herumwerfen und Herumschlagen des Schlafenden.

Beob. 4. Pavor praedormitionalis. — G. B., 11 Jahre alt, Gymnasialschüler. Körperlich schwach, geistig normal, etwas zerstreut. Leidet seit zwei Wochen an nächtlichen Angstanfällen. Obwohl er sich tagsüber ganz wohl befindet und abends recht gut einzuschlafen scheint, wacht er 20—25 Minuten nach dem Einschlafen plötzlich halb auf, sieht schwarze Gestalten, Teufel, Hexen, wird ängstlich, aufgeregt, schreit laut, zittert in den Händen und läßt den Urin ins Bett. Das Bewußtsein ist während des Anfalles getrübt, verwirrt, unorientiert. Die Pupillen reagieren gut. Die Reflexe bleiben normal. Krämpfe sind nicht nachzuweisen. Ohne das Bewußtsein ganz zu erlangen, wird Patient allmählich ruhiger und schläft nach 10—20 Minuten wieder ein, um nach weiteren sieben bis acht Stunden wohlauf zu erwachen. Die Erinnerung an die halluzinativen Traumgestalten bleibt lebhaft zurück. Er erzählt seine Kämpfe mit den Hexen in allen Details genau. Einzelne Symptome lassen auf das Vorhandensein von Würmern im Darme schließen. Auf Santonin und Kalomel gehen in der dritten Woche vier Stück acht bis zehn Zentimeter lange Askariden ab. Seither kein Pavor und kein Bettnässen mehr.

Beob. 5. Phoberokoimesis. — S. L., 21 Jahre alt, Kellner, neuropathische Konstitution. Blutarm. Leidet seit einem Jahre an Neurasthenie mit Schwindel, Kopfschmerz, Müdigkeit, Parästhesien, Herzklopfen, Tremor, Depression und reizbarer Schwäche. Der Schlaf ist gestört, weil Patient kurz nach dem Einschlafen plötzlich erwacht und unruhig wird, um dann zwei bis vier Stunden wach zu bleiben. Er würde so gut schlafen — sagt er —, wenn das Herzklopfen und diese Parästhesien ihn nicht aus dem besten Schlafe erwecken möchten. Nachher wird er allmählich wieder ruhig, schläft vier bis fünf Stunden weiter und wacht zumeist müde, mit neuen Kopfschmerzen auf. — Bei Ruhe, Milchkur, blutbildenden Mitteln, Halbbädern mit Abgießungen, zeitweise dargereichtem Pyramidon oder Migränin schwinden alle unangenehmen Symptome, der Schlaf wird normal, und der Patient wird nach vier Monaten geheilt entlassen.

Beob. 6. Diaptokoimesis. — L. L., 35 Jahre alt, Arzt. Erworbene Hystero-Neurasthenie mit Hang zu Autosuggestion. — Kann nur im eigenen Bett, auf der rechten Körperseite liegend, vollkommen ausgestreckt, mit zwei Kissen

unter dem Kopfe, die rechte Hand unter das erste Kissen gesteckt, eine Flaumdecke auf die Füße gelegt, einschlafen. Nebstbei muß der Nachttisch rechts, die Taschenuhr darauf sichtbar, die Geldtasche unter dem zweiten Kissen verwahrt, das Zimmer dunkel und ein Glas Wasser sowie eine elektrische Lampe in Bereitschaft sein. Wenn nur eine dieser Bedingungen fehlt, wird der Schlaf nach kurzem, gutem Anfang unruhig. Der Patient fängt an zu stöhnen, dreht sich herum, redet ängstlich, stößt mit den Füßen herum, ohne ganz aufzuwachen. Nebsthei kommt es zu verworrenen Träumen, worauf er sich morgens nur ungenau erinnert. Nach zwei- bis dreistündiger Unruhe tritt der normale Schlaf ein, und nach weiteren fünf bis sechs Stunden wacht der Patient gut ausgeschlafen auf. — Neben antihysterischer und allgemein stärkender Behandlung wurden Schlafsuggestionen durchgeführt. Die verschiedenen Autosuggestionen verloren sich nacheinander. Schließlich wurde der Schlaf vollkommen ruhig, durch die erwähnten Gewohnheiten unbeeinflußt.

3. Das verzögerte, verlangsamte Einschlafen (Bradykoimesis) bringt eigentlich keine Verminderung der Schlaftiefe mit sich, sondern geht hauptsächlich mit einer durch innere Ursachen bedingten quantitativen Verlangsamung (Retardation) des Einschlafens einher. Die gehörige Schlaftiefe wird erst nach viel längerer Zeit erreicht. Man dürfte diesen langsamen Gang des Vorschlafes als eine endogene Hyposthenie der Schlaftiefe bezeichnen. Das Einschlafen beginnt dabei regelmäßig, zieht sich aber in die Länge und es dauert oft drei bis vier Stunden, bis die gehörige Schlaftiefe erreicht wird. Inzwischen kommt ein halbwacher Zustand zur Geltung, mit ungenügendem Abschluß von der Außenwelt, der ein längeres Hypnagogium zuläßt. Der Schlafende bleibt infolgedessen noch lange im Kontakt mit seinem Körper und mit der Außenwelt, verwebt aber seine Eindrücke mit dem gleichzeitig ablaufendem Traumleben. Keineswegs sind es exogene Reize, die die Verzögerung und das Offenbleiben für den Zutritt der Außenreize verursachen. Immer sind endogene Ursachen nachzuweisen, namentlich solche innerhalb der Ernährungsverhältnisse des Gehirns. Je nachdem welche Sinneswege mehr minder offen bleiben, drängen sich in das beginnende hypnagogische Traumleben verschiedene Sinneswahrnehmungen ein. — Bald sind es vorzüglich Gesichtswahrnehmungen, bald ausschließlich Gehörsempfindungen. Auch andere Sinnestätigkeiten, ja selbst Gemeingefühle und Gemütsaffekte, können sich dabei beteiligen. Der Einschlafende nimmt äußere und periphere Reize wahr, verarbeitet sie im Halbschlafe zu Traumgestalten und erinnert sich ihrer nachträglich gerade so wie anderer hypnagoger Träume. Endlich kommt es zur tiefen Bewußtlosigkeit, und der übrige Schlaf geht seinen regelmäßigen Gang. Das Schläfrigkeitsgefühl ist dabei nicht wesentlich beteiligt. Die Munterkeit danach zeigt sich normal. Störende Außenreize sind nicht zu finden. Die Tiefe der Bewußtlosigkeit ist ohne qualitative Veränderungen einfach hyposthenisch vermindert. Es handelt sich um eine mehr oder minder teilweise Retardation des Schlafreflexes, verursacht durch endogene Reize, wobei bald das Offenbleiben

der Projektionswege, bald das Erscheinen der ausgelösten Reizeffekte in den Vordergrund tritt.

Sobald infolge des langsamen Reflexschlusses das totale oder partielle Offenbleiben der Projektionsbahnen zur Geltung gelangt, haben wir es mit dem sog. **Wachen-Träumen** (**Somnum-Vigilans**) zu tun. Der Einschlafende sinkt in eine Art Betäubung, nimmt die Außenvorgänge wahr, träumt Mannigfaches dazu, und vermengt das Wahrgenommene und das Geträumte miteinander, wie man das durch ein Erwecken leicht konstatieren kann. Die Reflexerregbarkeit von Seite der Sinnesorgane ist dabei, trotz des Schlafes, nachzuweisen. Der Schlafende reagiert auf Außeneindrücke. Es werden jedoch diese Reaktionen durch Traumvorgänge beeinflußt. Der Umstand, daß die Sinnesreflexe noch ungetrübt ablaufen, verleiht, durch die vorhandenen Funktionsempfindungen, auch den Traumbildern den Schein der Realität. Wo die Wahrnehmungsempfindungen der Außenreize in den Traumgestaltungen weniger zutage treten, vielmehr nur noch mannigfache, durch sie erregte, stürmisch-wechselnde Traumbilder zum Vorschein kommen, dort haben wir den sog. **Dämmerschlaf** (**Oneiropolia, Hypnagogium**) vor uns. Auch bei diesem Zustande bringt das verzögerte Einschlafen, mit seinem unvollkommenen Abschluß von der Außenwelt. die Möglichkeit lebhafter Reizwirkungen hervor, jedoch ohne Objektivierung der Sinneseindrücke. Es zeigt sich eine deliriumartige, fortwährend rasch wechselnde, zumeist sehr unvollkommene, niemals ein zusammenhängendes Traumgeschehen erlaubende, kaleidoskopisch-bunte Bilderreihe, mit darunter halben, deffekten, partiellen, oft nur auf Farben-, Ton-, Geruchs-, Geschmacksphänomene sich beschränkenden, wirren Erscheinungen, oder gar nur Vorstellungen. Eigentümlich ist es dabei. daß der Einschlafende oft die schönen Traumbilder festzuhalten, die häßlichen zu verscheuchen bestrebt ist, dies ihm aber niemals gelingt. Die Reaktionsfähigkeit ist nebstbei behindert, höchstens auf rein organomotorische Reaktionen beschränkt. Fast könnte man diesen Dämmerschlaf als Übergang zu den Delirien auffassen. — Beide Arten des verzögerten Einschlafens sind durch ein leichtes Erwachen aus dem Halbschlafe, durch einen darauffolgenden ruhigen, wenn auch oberflächlichen Nachschlaf und durch eine vorangehende tüchtige Schläfrigkeit gekennzeichnet. Während der Dauer dieser Schlafstörung sind sämtliche körperliche Lebensfunktionen, wie im normalen Schlafe, vermindert. selbst die Körpertemperatur ist etwas herabgesunken.

Als hauptsächliche innere Ursachen dieser Schlafstörung kennen wir die Veränderungen der Blutfülle und des Blutdruckes im Gehirn, schlechte Ernährungsverhältnisse des Gesamtorganismus und alle jene Krankheiten, durch die solche Veränderungen hervorgerufen werden. Hierher gehören vorzüglich die Kopftraumen, die Infektionskrankheiten,

das Fieber, die narkotischen Gifte, die Herz-, Nieren- und Lungenleiden, die Stuhlverstopfungen und die Schwangerschaft. Auch psychische Affekte mit heftigeren vasomotorischen Begleiterscheinungen bringen oft solche Schlafzustände hervor.

Die therapeutischen Maßregeln müssen sich nach den Ursachen richten. Kalte oder warme Umschläge auf den Kopf und um den Hals, heiße oder kalte Fußbäder, antifebrile Medikamente, Herz-, Nieren- und Lungentätigkeit regulierende Mittel, Stuhlentleerungen, usw. führen zum gewünschten Resultat. Die Narkotika haben gewöhnlich eine schlechte Wirkung, besonders wird der Dämmerschlaf durch sie verschlimmert.

Beob. 7. Somnum vigilans. — T. S., achtzehnjähriges Mädchen, fährt aus der Hauptstadt mit Wagen zum Tanzkränzchen aufs Land zu einer bekannten Familie. Am Vorabende, ermüdet und freudig aufgeregt angekommen, wird sie, nach ungewohnt ausgiebigen, durch etwas Alkoholgenuß heiter gestimmten Abendessen, in ein einsames Gastzimmer gebettet. Sie schläft rasch ein, wenn auch später als gewöhnlich. Kaum hatte sie jedoch die Augen geschlossen, — so meint sie —, als auch schon vor ihr eine in einen Mantel gehüllte Bauerngestalt aufgetaucht war und mit erhobenen Armen und geladener Pistole auf sie zugeschritten kam. In der Gestalt erkannte sie einen Kutscher der Familie. Sie erschrak, wollte aufspringen, aber schon stürzte der Räuber auf ihr Bett, um sie zu fassen. Durch ihr lautes Schreien erweckt, kamen die Hausleute mit Lichtern herbeigeeilt und fanden das Mädchen kämpfend mit dem auf dem Bette liegenden Kleiderstock. Obwohl die Augen schon früher halb offen standen, ward sie erst jetzt ganz wach, erzählte die Räubergeschichte und glaubte diese wirklich erlebt zu haben. Der Kutscher wurde eingeholt und verhört. Der Tatbestand wurde aufgenommen. Das Mädchen blieb bei ihrer Klage, räuberisch angegriffen worden zu sein. Als Resultat der Untersuchung ergab sich die Tatsache, daß ein nahe am Bett stehender, mit den Kleidern des Mädchens einseitig belasteter Kleiderstock, vom Mondschein hell beleuchtet, zur Ursache der Schlaferscheinung wurde. Die Traumbewegungen der beängstigten Schlafenden brachten den Kleiderstock zum Stürzen. Die Sturzbewegungen wurden ebenfalls traumhaft ausgemalt, so auch die Last der Kleider, die ergriffenen Haken des Kleiderstockes, usw. Nur die schwer beigebrachte klare Einsicht in die Tatsachen stellte die Gemütsruhe des Mädchens wieder her. Ein anfangs unruhiger, bald ruhiger Schlaf folgte dieser Affäre.

Beob. 8. Oneiropolia. — B. A., 55jähriger kleiner Beamter, war durch mißliche Umstände genötigt, mit einem ihm anvertrauten Epileptiker im selben Bette zu schlafen. Ein Nachtanfall des Epileptikers erschreckte nicht nur den schlechternährten Mann, sondern es geschah, daß er durch die Krampfbewegungen des Schlafgefährten aus dem schmalen Bette geworfen wurde und dabei eine blutende Verletzung der Kopfhaut erlitt. Von nun an ging der Beamte nur mehr mit großer Angst und mit Widerwillen zu Bette, konnte lange nicht einschlafen, wartete stets aufgeregt auf den kommenden Anfall (es war keine Nachtepilepsie), und versank schließlich nach stundenlangem Kampfe in einen unruhigen Halbschlaf, dessen rasch wechselnde Traumbilder aus lauter bunten, fratzenhaften, grinsenden, schaudervollen Gesichtern bestanden. Es erschienen ihm blutige Leichenköpfe, greulich gestaltete und sich schreckhaft bewegende menschliche Körperteile, farben- und formenwechselnde Antlitze, usw. Allmählich wurden diese Traumgesichter weniger aufregend, es traten angenehmere Erscheinungen auf; die letzteren gaben später

körper- und formlosen Farbenbildern Raum und schließlich trat der ruhige Schlaf ein, ohne aber des Morgens die gewohnte Munterkeit mit sich zu bringen. Es blieb die volle Erinnerung der Traumerlebnisse und eine dauernde Mißstimmung zurück. Dem sich täglich wiederholenden Dämmerschlafe machte nur die Trennung vom Epileptiker und die Heilung der Kopfwunde ein Ende.

4. Das träge, gehemmte Einschlafen (Oknokoimesis). Diese Einschlafstörung ist der vorigen wohl verwandt, indem sie ebenfalls weniger auf einer Verminderung der Schlaftiefe, wie auf deren Verzögerung beruht. Nur bezieht sich die Verzögerung nicht auf die quantitative Dauer des Vorganges, sondern auf die qualitative Art desselben. Das Einschlafen gelingt nur anfangs nicht, um später plötzlich ganz leicht zustande zu kommen. Hemmende Einflüsse endogener Natur bewirken den trägen, sozusagen unwilligen, behinderten Beginn. Ein Ablassen, ein Zurückhalten, eine Ignaviation des Vorschlafes entsteht, so daß man den Zustand als eine endogene Parasthenie der Schlaftiefe bezeichnen kann. Der Einschlafende fühlt bedeutende Schläfrigkeit, kämpft stundenlang um oder gegen den Schlaf, kann oder will nicht einschlafen, schläft aber dann — wenn er es am wenigsten erwartet — plötzlich und unerwartet ein. Während des Kampfes um den Schlaf sind weder äußere störende Reize, wie bei dem leisen und schweren Einschlafen, noch den Tiefschlaf hindernde Träume und Traumreaktionen, wie beim verzögerten Einschlafen, nachzuweisen. Desto mehr aber liegen rein psychische Ursachen vor. Furcht vor dem Einschlafen oder Nimmererwachen, Angst vor dem Ersticken im Schlafe, vor der Diarrhöe, vor dem Bettnässen, vor schrecklichen Träumen, der Gedanke einen Termin zu verschlafen, quälende Sorgen, freudiges Erwarten, unbefriedigter Schaffenstrieb, hocherregte Ambition, Nichteinschlafenwollen, sich viel Gedankenmachen, sich des Schlafes schämen, der Wunsch wach zu bleiben, usw. sind die häufigsten seelischen Schlafhindernisse.

Zwei Abarten dieser Schlafstörung sind zu unterscheiden. Bei der einen kommt vorzüglich der hemmende emotive Faktor zur Geltung. Das ist das affektive Einschlafen (Angokoimesis, Hypnophobia). Bei der anderen tritt eher der Mangel der bahnenden Momente, das Meiden, das Sichsträuben, das Nichtwollen, das affektlose, rastlose Denken in den Vordergrund und führt zum Schlafmeiden (Hypnomisia, Koimesomisia).

Zu den Ursachen dieser Schlaflosigkeit sind nur innere psychische und zwar aus dem wachen Zustande übernommene Einflüsse zu rechnen, wie sie vornehmlich die Schlafaskese und der Wachexzeß hervorbringt. Im Mannesalter verleitet die Genußsucht, die Habsucht, die Tatenlust gerade so dazu, wie die Kümmernisse des Lebens. Bei Kindern und jungen Leuten ist die Nachahmung, das Verleitetwerden, die schlechte Erziehung, die psychische Infektion häufig mit im Spiele.

Heilungsbedürftig sind diese Formen der Schlafstörung nur selten. Sobald die Grundursachen vermieden werden, hört das Leiden auf. Bei Erwachsenen kann die Belehrung und Suggestion, bei der Jugend eine vernünftige Erziehung und ein richtiges Gewöhnen zum Ziele führen. Nur im Falle sehr heftiger Affekte und großer Überreizung dürfte die Anwendung beruhigender Mittel angezeigt sein.

Beob. 9. Hypnophobia. — A. T., 44jähriger Gymnasialprofessor von leidenschaftlicher Natur. Mäßiger Trinker. Raucht täglich 60—70 Zigaretten. Lebte bisher ein recht exzessives Nachtleben. Seit acht Monaten quälen ihn neurasthenische Beschwerden. Vor einigen Wochen verlor er zwei Kinder in kurzer Zeit hintereinander. Seither ist er traurig verstimmt und wird von einer ständigen Todesangst gepeinigt. Er fürchtet sich, zu Bette zu gehen, einzuschlafen, denn der Tod könnte ihn im Schlafe ereilen. Infolgedessen schläft er erst des Morgens ein. Suggestive Beruhigung, Regelung der Lebensweise, Einschränkung des Rauchens, stärkende Einwirkungen, abendlich warme Bäder, hie und da Narkotika brachten eine bedeutende Besserung und einen ungestörten Schlaf hervor. Ungeduld und Leidenschaftlichkeit ließen ihn die Kur nicht zu Ende führen.

Beob. 10. Hypnomisia. — J. D., 17jähriger Student, hereditär belastet, wurde durch seine verwitwete Mutter streng behandelt. Die Schule absolvierte er mit Mühe bis zur sechsten Gymnasialklasse; aus dieser brachte er ein ungenügendes Zeugnis nach Hause und wurde von seiten der Mutter zur Wiederholung der Prüfung bemüßigt. Der feste Wille, die Scharte auszuwetzen, die strenge Unbeugsamkeit der Mutter und das individuelle schwere Lernen zwangen den Jüngling dazu, auch die Nachtstunden zu Hilfe zu nehmen. Er wollte seither niemals schlafen gehen, wachte bei der Arbeit, bis ihn gegen ein bis zwei Uhr in der Nacht der Schlaf plötzlich überfiel, so daß er erst des Morgens beim Lerntisch, auf dem Buche liegend, erwachte. Dabei wurde er tagsüber immer mehr arbeitsunfähig, zerstreut, reizbar, heftig, selbst agressiv, bekam Kopfschmerzen, warf sich unruhig herum, fühlte sich matt, schläfrig und unwohl, konnte nicht einschlafen, nur des Morgens, ganz unerwartet, und mußte sich schließlich einer ärztlichen Behandlung unterwerfen. Die Abstellung des Arbeitszwanges, psychische Beruhigung, körperliche Stärkung und ein Trainieren des Schlafes stellte den normalen Zustand wieder her.

## II. Störungen der Schläfrigkeit.

Vier Hauptformen sind anzunehmen.

1. Das verminderte, verkleinerte Schlafbedürfnis (Oligonystaxis). Wie alle Veränderungen der Schläfrigkeit ist auch die verminderte auf eine Störung der Erholung, bezw. der Schlafmüdigkeit, und zwar vor oder während des Einschlafens, zurückzuführen. Die Störung bleibt rein quantitaver Art und wird stets durch äußere Ursachen hervorgerufen. Somit haben wir es mit einer exogenen Hyposthenie der Schläfrigkeit zu tun. Besondere Veränderungen der Schlaftiefe sind nicht nachzuweisen. Eben deshalb kommen dabei die objektiven Symptome des Schlafes kaum in Frage, umso mehr jedoch die subjektiven. Vor allem zeigen sich die üblichen Erscheinungen der Schläfrigkeit mangelhaft oder bleiben gänzlich aus.

Das Gemeingefühl des Schlafbedürfnisses fehlt mehr oder minder. Zu einem erschwerten Aufmerken kommt es nicht. Das Stumpfwerden des Empfindungsvermögens tritt nicht ein. Das Gefühl der behinderten Aktions- und Reaktionsfähigkeit kommt nicht zum Vorschein. Und alles dies zu einer Zeit, wann der Schlaf mit seinen Vorerscheinungen sonst ungerufen sich zu melden pflegt. Die Tagesmunterkeit bleibt bis lange in die Nacht hinein ungetrübt bestehen. Es handelt sich dabei um eine quantitative Deminution des Schläfrigwerdens, um ein behindertes Zustandekommen der Schlafmüdigkeit. — Worin das Wesen der Schläfrigkeit zu suchen ist, bleibt bisher noch ungenügend aufgeklärt. Soviel ist jedoch bestimmt anzunehmen, daß der Mangel an Schläfrigkeit, gegenüber dem Verlaufe der normalen Schlafereignisse, einen negativen Effekt bedeutet. Wir haben es somit mit einer Ausfallserscheinung zu tun, und diese muß als hyposthenischer Reflexerfolg gedeutet werden. Es spricht auch der Umstand dafür, daß der Ausfall stets nur durch äußere Ursachen hervorgerufen wird, und zwar durch solche, die teils das Schläfrigkeitsgefühl nicht aufkommen lassen, teils es unterbrechen oder stören. Wenn, trotz fehlender Schläfrigkeit, der Schlaf — sei es verspätet oder unterbrochen — sich dennoch einstellt, so sind die objektiven Schlafsymptome, wie auch die Schlaftiefe unverändert nachzuweisen, besonders das Erschlaffen der Muskulatur, die Verminderung der vegetativen Funktionen, das Sinken der Körpertemperatur, die Verengerung der Pupillen und das Erlöschen der meisten Reflexe. Selbst die Erholung nach dem Erwachen zeigt sich normal, falls der Schläfrigkeitsmangel nicht zu anhaltend war.

Jene Form, bei der es wegen verminderter Schläfrigkeit nur zu einem verspäteten Schlafe kommt, mag als verspätetes Einschlafen (Opsionystaxis) benannt werden. Jene hingegen, die das auftauchende Schläfrigkeitsgefühl immer wieder unterbrechen läßt, ist als Nickschlaf oder unterbrochener Einschlaf (Akatanystaxis, Somnus abruptus) bekannt. Das abwechselnde Einnicken und Aufschrecken kommt im letzteren Falle eben durch die häufige Unterbrechung, durch ein mehrminder langes Muntersein während des Einschlafens zustande. Beide unterscheiden sich vom schwachen Einschlafen durch das ungenügende Auftreten von Schläfrigkeitsgefühlen. Eben der Mangel dieser Gefühle ist es, den der Schlaflose am unangenehmsten und am ausgeprägtesten verspürt. Es entsteht oft eine förmliche Sehnsucht nach dem Schläfrigwerden. Beim verzögerten Einschlafen kommt noch als kritisches Unterscheidungsmerkmal die Gegenwart der nachweisbar inneren Ursachen hinzu.

Tatsächlich vermag man stets bei dieser Schlaflosigkeit äußere, schläfrigkeitshindernde Ursachen aufzufinden. Solche sind namentlich die angenehmen Sinnesreize, die behaglichen Körperempfindungen, die

verstärkten Gemeingefühle, wie Hunger und Durst, die gesteigerte Muskeltätigkeit, die vermehrten Drüsenfunktionen, die geschlechtlichen Erregungen, überhaupt alle jene Organgefühle, die, ohne schmerzhaft oder besonders unangenehm zu sein, die entstehenden Schläfrigkeitsgefühle zu verdecken helfen. Neuropathische und psychopathische Anlagen geben zumeist die Basis dazu ab.

Die Therapie hat sich nach den Ursachen zu richten. Gehöriges Abschließen von den muntermachenden Reizen, womögliches Einstellen der übermäßigen Körperfunktionen, ein Herabstimmen der sexuellen Erregung, sowie das Hintanhalten aller jener Einwirkungen, die eine erhöhte, wenn auch angenehm empfundene Tätigkeit der Körperorgane hervorbringen können, sind geeignet, diese Schlafstörung günstig zu beeinflussen. Die Notwendigkeit stärkerer ärztlicher Eingriffe zeigt sich selten, und sind diese vorwiegend gegen die neuropathischen Zustände zu richten.

Beob. 11. Opsionystaxis. — K. K., 50jährige Frau im Klimakterium. Hysterische Konstitution. Seit einigen Jahren leichtere manisch-depressive Zustände. Erregbarkeit und gehobene optimistische Stimmung wechseln mit trübseliger Laune und Pessimismus ab. — In den letzten Wochen ist sie wieder gut aufgeräumt, sprechlustig, fühlt sich ungemein wohl, bewegt sich fortwährend geschäftig und gerät dabei leicht in Schweiß. Der Bewegungsdrang und das Schwitzen nimmt so überhand, daß sie an manchen Tagen nicht einschlafen kann. Ohne schläfrig zu werden, bleibt sie bis spät in die Nacht auf, sucht Gesellschaft, Zerstreuung, Handarbeit, liegt auch im Bette nachher noch stundenlang schlaflos, bei kühler Jahreszeit in Schweiß gebadet, und schläft dann gegen vier bis fünf Uhr in der Früh, ohne Schläfrigkeit empfunden zu haben, schließlich ein. Der Schlaf ist sodann ruhig und ausgiebig, dauert vier bis fünf Stunden. Die Munterkeit danach, sowie das körperliche Wohlbefinden sind tadellos. Warme Bäder und etwas Brom, nebst Meiden der beschäftigenden Außenreize stellten den normalen Schlaf bald wieder her.

Beob. 12. Akatanystaxis. — F. M., 23jähriger Apothekergehilfe, leidet seit seiner Kindheit an konstitutioneller Neurasthenie. Vielfache Degenerationszeichen. Neigung zu unsinnigen Ausschreitungen. Übermaß im Genießen. Impulsivität in den Handlungen. Hat vor einem halben Jahre einen Selbstmordversuch gemacht. Große Ermüdbarkeit, Unruhe, Reizbarkeit, Zerstreutheit, Vergeßlichkeit. Zeitweise verschiedene Parästhesien. Häufig Kopfdruck und Kopfschmerz. Kann oft nicht einschlafen, besonders wenn er sich übertriebene Tätigkeit zuschulden kommen läßt. Manchmal geht er die halbe Nacht im Zimmer schlaflos auf und ab, und zwar so ungestüm rasch, daß er schließlich ermüdet und durchschwitzt ins Bett sinkt. Ein anderes Mal spielt er mit solchem Eifer die ganze Nacht hindurch Violine, bis er übermäßig in Schweiß gerät und vor Ermüdung nicht weiterspielen kann. Auch das Lesen, Billardspielen, usw. pflegt er auf diese Weise und mit demselben Resultate auszuüben. Trotz der Ermüdung hat er ein geringes Schläfrigkeitsgefühl. Immerhin schläft er gegen Morgen dennoch ein, wacht aber vollkommen munter öfters auf, um nach 10—15 Minuten stets wieder einzunicken und bald wieder aufzuwachen. Dies Einnicken wiederholt sich sechs- bis achtmal, und auch häufiger. Jeder einzelne Schlaf dauert dabei höchstens zwei bis fünf Minuten. Das endgültige Aufwachen geht mit dem Gefühle des Nichterholtseins einher. Letzteres

verliert sich im Verlaufe von ein bis zwei Stunden. Warme Bäder, Bettruhe, Brom, Regelung der Lebensweise brachten einen ausgiebigen Schlaf zustande und auch die schweren nervösen Symptome verschwanden nach dreimonatlicher Behandlung.

2. Das verschlechterte, verschlimmerte Schlafbedürfnis (Poneronystaxis) zeigt sich mit der vorigen Störung in mancher Hinsicht verwandt. Man kann es als eine exogene Parasthenie der Schlaferholung deuten, da weniger eine Verminderung, denn eine qualitative Verschlimmerung, eine Depravation der Schläfrigkeit Platz greift. Äußere Ursachen treten als hemmende Momente auf und stören dauernd oder in Unterbrechungen den gut begonnenen Verlauf des Erholungsvorganges. Dementsprechend befällt den Patienten eine natürliche, häufig sogar übermäßige Schläfrigkeit, er verlangt den Schlaf, aber schon in kurzer Zeit, nach kaum fünf bis zehn Minuten, verschwindet dieses Gefühl und auch das Verlangen nach Schlaf, ohne daß es zum wirklichen Einschlafen gekommen wäre. Selbst die Bewußtlosigkeit bleibt gänzlich weg. Höchstens tritt ein kurzes Halbbewußtsein auf, das aber sofort durch eine helle Munterkeit verscheucht wird. Dort, wo sich dieser Zustand öfters nacheinander wiederholt, sieht man einen verworrenen Wechsel von Schläfrigkeit, Halbschlaf und Munterkeit auftauchen. Manchesmal steigert sich das Schläfrigkeitsgefühl bis zum Affekt und wird zu einer förmlichen Schlafbegierde, die den Kranken leicht zu leidenschaftlichen, agressiven, gegen alle äußeren Schlafhindernisse gerichteten Handlungen hinreißt. Objektive Schlafsymptome bringt selbst der Halbschlaf kaum mit sich. Trotz der großen Schläfrigkeit kommt es eigentlich zu keinem richtigen Schlafe. Dennoch fühlt sich der Patient des Morgens ziemlich erholt, obwohl die genaue Untersuchung eine verminderte Arbeitsfähigkeit nachweisen läßt. Einige fühlen sich danach sehr matt und erholen sich erst im Verlaufe des Tages.

Eine Art dieser Schlaflosigkeit — man könnte sie das unsichere, ungeübte Einschlafen (Agymnastonystaxis, Atactonystaxis) nennen — entsteht hauptsächlich durch ein langsames Entwöhnen aus vorwiegend äußeren Ursachen, wie man es bei Studenten, Schriftstellern, Künstlern, Kartenspielern, Nachtarbeitern usw. wahrnehmen kann. Es wird das Schläfrigsein sozusagen unterdrückt, bis es immer kürzer wird und einer dauernden Munterkeit weicht. Eine zweite Form ist als verworrenes Einschlafen (Taraxonystaxis) bekannt. Dieses zeichnet sich durch ein Wechselspiel der Schläfrigkeit und Munterkeit aus. Der Betreffende fühlt ein gewaltiges Bedürfnis nach Schlaf, wird aber, ohne eingeschlafen zu haben, in rascher Wiederholung gleich wieder munter, wodurch ein sonderbarer Zustand der Betäubung entsteht. Sobald sich dieser Zustand mit seinem großen Schlafverlangen bis zum Affekt steigert, entwickelt sich der Schlafaffekt (Nystaxothymia,

Emotio praedormitionalis) daraus, der den Erkrankten nicht selten zu schweren Gewaltakten drängt. Von der Mogikoimesis unterscheidet sich das Leiden durch das starke Schläfrigsein und den Mangel an Schlafbewußtlosigkeit.

Die äußeren Ursachen dieser Einschlafstörungen sind in der Beschäftigung, in der Zwangslage, in den schlafhindernden Umständen der Betreffenden zu suchen. Man könnte sogar in manchen Fällen von einer Askese des Schlafes sprechen. Nervös disponierte, hereditär belastete, konstitutionell degenerierte Menschen sind dem Leiden häufig unterworfen. Auch bei erworbener Neurasthenie und beim Overworking habe ich derartige Zustände auftreten gesehen.

Therapeutisch am wirksamsten zeigt sich bei diesen Zuständen die Regelung der Schlafverhältnisse, das Einüben des Schlafes für bestimmte Stunden und andere suggestive Einwirkungen. Die Psychotherapie kommt hier zur Geltung. Nebstbei muß auch gegen das nervöse Grundleiden und die vorhandenen Dispositionen gekämpft werden.

Beob. 13. Agymnastonystaxis. — A. R., 31jähriger Journalist, zeig vielfache Degenerationszeichen. Neurasthenische Konstitution. Obstipation. Hat sich an ein bewegtes Nachtleben bei einer Zeitungsredaktion gewöhnt, verbunden mit Exzessen aller Art im Theater, Kaffeehause, Wirtshause, am Kartentisch, usw. bis Tagesanbruch. Seit einer leicht abgelaufenen Influenza fühlt er sich geschwächt, reizbar, ungeduldig, ohne Ausdauer, ermüdet leicht, wird abends sehr schläfrig, kann aber dennoch nicht einschlafen. Seine bisherige stürmische und aufregende Lebensweise vermag er nicht zu ändern. — Der gewohnte Vormittagsschlaf gelingt nicht mehr. Wenn er sich schlafen legt, verschwindet die Schläfrigkeit sofort. Manchesmal versinkt er nach langem Wachsein in einen kurzen Halbschlummer, ohne daraus erfrischt aufzuwachen. Die Sanatoriumbehandlung bei ärztlich überwachter, geordneter Lebensweise, Gewöhnung an ein regelmäßiges Zubettegehen, Bäder, allgemeine Stärkung und psychische Beeinflussung bringen das Leiden in zwei Wochen zum Verschwinden. Veronal wurde ein einziges Mal gegeben.

Beob. 14. Taraxonistaxis. — M. V., 27 Jahre alt, Schuster. Blutarm. Leidet seit längerer Zeit an starken Migränanfällen. Das erste Kind seiner jungen Ehe brachte viel Unruhe ins kleine Haus. Ganze Nächte schrie der kränkliche Säugling, was den bei Tage angestrengt arbeitenden, besorgten Vater nicht schlafen ließ. Anfangs half er sich mit nächtlicher Arbeit, bald aber konnte er wegen großer Schläfrigkeit bei Nacht nicht arbeiten. Doch auch das Schlafen gelang nicht. Später gesellten sich häufigere und stärkere Kopfschmerzen hinzu. Schließlich verdrängte die Schläfrigkeit auch diese Schmerzen, und er versank abends in eine schlummerähnliche Betäubung, die die ganze Nacht hindurch anhielt, höchstens dann und wann auf einige kurze Minuten von einer vollständigen Munterkeit unterbrochen wurde. Er hörte in diesem Zustande das Schreien des Kindes, nahm ein geschäftiges Treiben um sich herum wahr, fühlte den Druck des Schlafbedürfnisses, konnte sich nicht bewegen, sich nicht helfen und wußte dabei genau, daß er nicht eingeschlafen sei. Die Betäubung endete des Morgens, oft auch früher, mit einem müden Wachsein, klarem Bewußtsein und der Erinnerung, die ganze Nacht im Schlafe gestört worden zu sein. Die gänzliche Isolierung von der Familie, Ruhe, warme Bäder, Mastkur, am ersten Tage der Behandlung eine Dosis Trional erzielten eine vollständige Heilung in kurzer Zeit.

Beob. 15. Emotio praedormitionalis. — N. N., 45 Jahre alt. Ledig. Höherer Gerichtsbeamter. Schon lange neurasthenisch. Sein Leiden steigerte sich ungemein, als seine alte Mutter, mit der er zusammen wohnte, in eine schwere Krankheit verfiel. Auf einen schlimmen Ausgang war er bei dem hohen Alter der Frau gefaßt. Die äußere Unruhe jedoch, die die Krankenpflege, das Nachtwachen, das Abwechseln der Pflegerinnen, das Kommen und Gehen der Ärzte, der Verwandten, usw. mit sich brachten, besonders aber die sich häufenden Störungen bei Nacht, machten N. N. bald schlaflos. Er fühlte sich ungemein schläfrig und konnte dennoch nicht einschlafen. Die Ursache der Störung empfand er in der Unruhe der kranken Mutter und in dem dadurch bedingten rastlosen Treiben der Pflegerinnen. Seine Schlafsehnsucht nahm stetig zu und vergrößerte sich bis zum Affekt. Er wurde ungeduldig, aufgeregt, zornig, äußerte sich in harten Worten, stellte sich den Pflegerinnen feindselig gegenüber und stürzte sich schließlich wütend auf die Mutter, schlug, kratzte, würgte sie und sich selbst, bis er durch herbeigeeilte Hausleute mit Gewalt entfernt wurde. Der Paroxysmus war bald zu Ende. N. N. fühlte sich danach matt und zerschlagen, schläfrig, erinnerte sich aller Einzelheiten des Anfalles, bereute seinen Wutausbruch und schämte sich dessen. Die sofort durchgeführte Isolierung, Bäder und zeitweise gereichte Hypnotika, nebst antineurasthenischer Behandlung erzielten rasch einen ausgiebigen Schlaf und führten zu einer leidlichen Heilung der Neurasthenie.

3. Das abgekürzte Schlafbedürfnis (Brachynystaxis) bewährt sich als endogene Hyposthenie der Schläfrigkeit. Ähnlich der Oligonystaxis, unterscheidet sie sich von dieser hauptsächlich durch die nachweisbar inneren Ursachen der Störung, und dadurch, daß weniger eine Verminderung des Schlafbedürfnisses, als eine kürzere Dauer desselben das quantitative Minus der Erholung zur Geltung bringt. Wir haben es eigentlich mit einer Abbreviation des Einschlafens zu tun, wobei das Ungenügende der biotonischen Stoffwechselvorgänge ins Auge fällt. Es kommt wohl zu einem, selten bedeutenden Schläfrigsein, jedoch von so kurzer Dauer, daß die schlaflose Munterkeit dem Schläfrigsein sozusagen auf dem Fuße folgt. Der Patient wird schläfrig, bleibt aber wach, und ist sofort wieder munter. Demgemäß kann von objektiven Symptomen des Schlafes keine Rede sein. Die subjektiven Symptome beschränken sich auf das Schläfrigkeitsgefühl allein. Ein hypnagoger Zustand, eine Bewußtlosigkeit, ein Träumen, selbst nur eine Betäubung, kommt nicht oder höchstens auf Momente zustande. Volle Munterkeit schließt sich an das vorübergehende Schläfrigsein an und besteht Nacht und Tag gleichmäßig fort. Der Schlaflose fühlt sich gewöhnlich nur des Nachts ermattet, beunruhigt, erregt, verdrießlich und sehnt erwartungsvoll den Schlaf herbei. Bei Tag ist das Gemeingefühl zumeist erträglich, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit jedoch bedeutend herabgesetzt. Zerstreutheit, Vergeßlichkeit, Reizbarkeit, rasche Ermüdung, Mangel an Ausdauer, Depression, selbst anxiöse Zustände, nebst Schwindel, Kopfdruck, Zittern sind die Folgen dieser Schlafstörung. Eben deshalb vermag niemand den Zustand ohne schwere Folgen lange zu ertragen, am wenigsten dann, wenn das Gefühl des

Schlafbedürfnisses auf ein Minimum reduziert wird oder gar ganz fehlt. Seltenere Fälle sind jene, bei denen nach kurzer Schläfrigkeit und darauf folgender langer Schlaflosigkeit der ersehnte Einschlaf plötzlich unerwartet eintritt. Solche Fälle erlauben nachträglich ein genügendes Erholen und stehen deshalb dem verzögerten Einschlafen nahe.

Der mit kurzdauernder Schläfrigkeit und darauf folgendem permanenten Wachsein einhergehende, oft ein momentanes Einnicken erlaubende Zustand ist als kurzer Schlaf, Momentschlaf (Hypnion) bekannt. Der mehr-minder gänzliche Mangel an Schläfrigkeit und Schlaf kann als eigentliche innere andauernde Schlaflosigkeit (Insomnia permanens) bezeichnet werden. Das plötzliche, verspätete Einschlafen ohne Schläfrigkeit und nach langem Wachsein darf man den Schläfrigkeitsmangel (Anystaxis) nennen. Letzterer unterscheidet sich von der Opsionystaxis eben nur durch die nachweisbaren inneren Ursachen des Übels und den eminenten, andauernden Erholungsmangel.

Die hervorragendsten Ursachen dieser Schlafstörung sind die schlechten vegetativen Stoffwechselverhältnisse des Gehirns, seien diese durch Nutritionsstörungen, durch Zirkulationsstörungen, durch Behinderungen der Chylopoëse oder durch ungenügende Abfuhr der Verbrauchsstoffe des Blutes, durch Kachexien, usw. ins Leben gerufen. Auch die senile Involution des Gehirns und der Blutgefäße, die Veränderungen der Blutmischungsverhältnisse bei Frauen nach der Geburt, im Wochenbett oder während der Laktation, die Arteriosklerose, das Fieber, Entzündungen, Katarrhe und Exsudate, sowie die Krankheiten des Herzens, der Lunge, der Nieren, der Thyreoidea, Infektionskrankheiten, besonders das Frühstadium der Syphilis, können häufig als Ursachen beschuldigt werden.

Zur Heilung dieses gefährlichen Übels ist es notwendig, das jeweilige Grundleiden womöglich zu beseitigen. Nebstbei vermag man ohne Schlafmittel selten auszukommen. Warme Dauerbäder, kühle Bäder, Einpackungen, Kopfumschläge je nach Bedarf, manchesmal eine subkutane Infusion von physiologischer Kochsalzlösung oder ein Ausspülen des Darmes bringen unter Umständen staunenswerte Wirkungen hervor.

Beob. 16. Hypnion. — V. E., 35 Jahre alt. Professorsgattin. Wegen schwacher körperlicher Konstitution vor 13 Jahren Abortus. Kinderlos. Seit den Abortus schmerzliche Entzündungserscheinungen an der Gebärmutter und deren Adnexen, nebst hochgradiger Anämie, Appetitlosigkeit, häufigem Erbrechen, Obstipation. Andauernde Schlaflosigkeit. Melancholisch-pessimistische Verstimmung. Patientin fühlt sich schwach und hat eine fortwährende Sehnsucht nach Schlaf, ohne schläfrig zu sein. Des Abends befällt sie eine beträchtliche Schläfrigkeit, aber nur von ein bis zwei Minuten Dauer. Sofort nach dem Verschwinden derselben tritt andauerndes, vollständiges Wachsein auf. Im Verlaufe der Nacht wiederholt sich zuweilen ein solches kurzes Schläfrigwerden einige Male. Meistens aber hat das Schlafen mit dem ersten Verschwinden der Schläfrigkeit überhaupt sein Ende. Ein wirkliches Einschlafen gelingt nur auf Schlafmittel. Vollständige Bettruhe, warme

Bäder, Mastkur, nebst passiven Bewegungen erzielten allmählich einen normalen Schlaf. Das sexuelle Leiden zeigte bei gynäkologischer Behandlung ebenfalls eine langsame Besserung.

Beob. 17. Insomnia permanens. — L. W., 54 Jahre alt. Kaufmannsgattin. Stammt aus einer nervösen Familie. Ist hysterisch veranlagt. Seit zwei Jahren im Klimakterium. Litt vor 15 Jahren an einer linksseitigen Otitis media. Seither fortwährendes Ohrensausen, Summen im Kopfe und ständige Schlaflosigkeit. Sehr große vasomotorische Labilität, mit heftigem, andauerndem Erbleichen und Erröten im Gesicht bei sonst guter Körperernährung. Unbedeutende hysterische Zustände, die nur im Affekt größere Dimensionen annehmen. Ihre Hauptklage bezieht sich auf den vollständigen Schlafmangel, der angeblich 15 Jahre bestehen soll. Sie kennt den ganzen medizinischen Schatz an Hypnotika, da sie durch so viele Jahre hindurch alle genügend ausprobiert hat. Ohne Schlafmittel kommt ihr kein Schlaf. Die Mittel muß sie häufig wechseln. Schläfrigkeit kennt sie überhaupt nicht. Im Sommer bessert sich ihr Zustand, so daß sie ein bis drei Monate leidlich schlafen kann. Die Sanatoriumbehandlung bringt nur vorübergehend günstige, auf den Anstaltsaufenthalt sich beschränkende Resultate hervor. Sich selbst überlassen, fällt sie in das alte Leiden und das altgewohnte Experimentieren mit den Schlafmitteln zurück.

Beob. 18. Anystaxis. — A. W., 44 Jahre alt. Kaufmannsgattin. Eine Schwester geisteskrank. Hysterische Konstitution. Menstruiert normal. Unterwarf sich vor anderthalb Jahren wegen rheumatischer Schmerzen einer Fangokur. Seither nervös, reizbar, melancholisch verstimmt, schlaflos, wird durch Selbstanklagen und die Angst, unheilbar zu sein, geplagt. Dabei blutarm, appetitlos, körperlich geschwächt, arbeitsunfähig. Fühlt niemals Schläfrigkeit, sehnt sich aber stetig nach dem Schlafe. Behauptet, ohne Mittel, oft selbst trotz dieser, nicht zu schlafen. Die Beobachtung zeigt jedoch, daß sie gegen Morgen auch ohne Hypnotikum plötzlich auf zwei bis vier Stunden einschläft, danach jedoch, ohne das Bewußtsein geschlafen zu haben, wieder aufwacht. Auch gelingt es auf rein suggestivem Wege, unter dem Titel eines neuen Hypnotikums, durch Zucker, Chinin, Natr. bicarb. usw. einen guten ausgiebigen Schlaf herbeizuführen. Ein Schläfrigkeitsgefühl ist indessen auch suggestiv nicht hervorzurufen. Wiederholte Sanatorienbehandlungen an mehreren Orten bleiben wirkungslos. Die Symptome der ungenügenden Erholung steigern sich. In die geschlossene Abteilung gebracht, unter fortwährender Aufsicht und unter suggestivem Einflusse bei guter Ernährung, nebst sukzessiver Gewöhnung an den regelmäßigen Schlaf, an eine Tagesarbeit und an abwechselnde Zerstreuung, so auch durch das Fernhalten jeder schlafhindernden Einwirkung, wie des Sehens auf die Uhr, des Fragestellens an die Wärterinnen, usw. und durch wiederholte Wachsuggestionen gelang es schließlich, das mangelnde Schläfrigkeitsgefühl, sowie auch das Gefühl des Ausgeschlafenseins herzustellen. Die Kur in der geschlossenen Abteilung beanspruchte vier Monate und führte zur vollständigen Heilung.

4. Das unvollkommene, verstümmelte Schlafbedürfnis (Spanonystaxis) kennzeichnet sich durch eine endogene Parasthenie der Schläfrigkeit. Diese zeigt eine qualitative Veränderung, eine Unvollkommenheit, eine Verstümmelung (Mutilatio) des Erholungserfolges, trotz bedeutenden Schläfrigkeitsgefühles und trotz hinreichenden Schlafes. Es kommt zu einer, das normale Maß sehr oft überschreitenden Schläfrigkeit, die der Patient nicht überwinden kann. Auch folgt diesem Zustande ein gut beginnendes, mit oft recht tiefer Bewußtlosigkeit einher-

gehendes Einschlafen. Noch innerhalb der ersten Schlafstunde jedoch — bald früher, bald später — treten Störungen auf, die wieder erweckend wirken. Hierdurch wird das Weiterschlafen überhaupt unmöglich gemacht, oder es gelingt selten, erst des Morgens, nach schlaflos zugebrachter Nacht. Als Störungen treten immer nur innere Ursachen, namentlich peinigende, aufregende, affektvolle Gedanken, Erinnerungen oder Träume auf, die auf den Ablauf der Erholungsreflexe einen hemmenden Einfluß auszuüben scheinen. Jedenfalls spielt dabei eine Labilität oder eine Ermüdung der vasomotorischen Reflextätigkeiten eine Rolle, wie dies objektiv an dem Farbenwechsel des Gesichts, an den Veränderungen des Pulses und des Atems, an den Undulationen der Pupillen des Einschlafenden wahrzunehmen ist. Auch anderweitige Schlafreaktionen schließen sich den erwähnten objektiven Symptomen an, wie Reflexbewegungen, unruhiges Stöhnen, Sichumherwerfen, Aufschreien, Traumreden, Koitusbewegungen, Erektionen, Pollutionen, Schlafonanie, usw. Der Gesammterfolg aller dieser hemmenden Einwirkungen ist ein frühzeitiges Aufwachen, bevor noch die richtige Schlaftiefe erreicht worden wäre. Der Patient hat das Gefühl, durch innere Ursachen aus dem Schlafe geschreckt worden zu sein. Zumeist erinnert er sich ihrer bis in die Details, befaßt sich auch weiterhin mit ihnen und verspürt als deren Folge eine bedeutende Müdigkeit, ein andauerndes, oft hochgradiges Erholungsbedürfnis.

Differentialdiagnostisch ist zu bemerken, daß das diesem Zustande ähnliche „verschlechterte Einschlafen“ stets nur äußere Hemmungsursachen aufzuweisen hat, gegen die sich das Streben des Schlafsuchenden richtet. Bei dieser Krankheit hingegen tritt das Bewußtsein der inneren Störungen eklatant in den Vordergrund. Vom „trägen Einschlafen“ unterscheidet sich das Leiden vorzüglich durch den unvollendeten Vorschlaf und den Mangel des verspäteten, plötzlichen Einschlafens.

Mehrere Formen dieses Leidens sind bekannt. Wo die Vorstellungen, Gedanken und Gemütserregungen des durchlebten Tages, Kummer, Sorgen oder Erwartungen der Zukunft, pathologische Ideen und Stimmungen ein reges Gedankenspiel aufrecht erhalten, bleibt das aufgeregte Individuum, trotz drückend großer Schläfrigkeit, entweder vollkommen wach, oder es versinkt in einen ungenügend tiefen, weil durch diese Ursachen gehemmten Vorschlaf, dem kein Nachschlaf folgt. Im ersteren Falle lassen die bestehenden psychischen Erregungen überhaupt kein Einschlafen zustande kommen, und dies ist die *schlaflose Schläfrigkeit (Paranystaxis)*. — Im zweiten Falle wird der Vorschlaf zwar begonnen, aber infolge der hemmenden Momente nicht zu Ende geführt. Der Leidende beschäftigt sich lebhaft mit seinen nichtschweigenwollenden Gedanken und Stimmungen, er grübelt, spintisiert, macht stundenlang Pläne, bis ihn schließlich die große Schläfrigkeit gänzlich

niederdrückt und er in ein, dieselben Ideen und Gefühle weiterspinnendes Traumleben verfällt. Volle, tiefe Bewußtlosigkeit kommt dabei nicht zustande. Oft vermag der Patient, wegen der fortgesetzten Gleichförmigkeit des Bewußtseinsinhaltes, das Wachsein vom Schlafen nicht zu unterscheiden. Er glaubt, gar nicht geschlafen zu haben, obwohl seine Umgebung die objektiven Symptome des Einschlafens, besonders die schwindende Empfindungsfähigkeit und die behinderte Reaktionsfähigkeit den Außenreizen gegenüber, wahrnehmen kann. Dieser ungenügende Vorschlaf ohne Nachschlaf wird als verstümmelter Schlaf (Peronystaxis) bezeichnet. — Etwas anders gestaltet sich der Zustand, wenn sich in den Träumen nicht so sehr das Seelenleben der Tagesarbeit widerspiegelt, als vielmehr phantastische, aufregende, peinigende, mit den Tagesereignissen gar nicht in Zusammenhang stehende Traumerscheinungen zum Vorschein kommen. Ungeheuerlichkeiten der verschiedensten Art, wie sie eben nur in Traumbildern möglich sind, stören den Vorschlaf, erwecken den Träumenden und verscheuchen den Nachschlaf, um so mehr, da die Affekte des Traumes zumeist sehr anhaltend und recht laut ins wache Leben hinüberklingen. Indem diese affektvollen Träume nebstbei sehr ermüdend wirken und indem diese psychische Müdigkeit auch tagsüber fortdauern kann, darf man dieses unvollkommene Einschlafen als einen ermüdenden Schlaf (Kamatonystaxis) kennzeichnen. — Die Ermüdung erstreckt sich wahrscheinlich auf die vasomotorische Reflexerregbarkeit.

Verursacht wird diese Schlafstörung hauptsächlich durch seelische Exzesse, durch geistige Überanstrengung, durch neurasthenische, hysterische und epileptische Zustände, durch Krankheiten des Gehirns und seiner Häute und durch funktionelle Psychosen, besonders durch jene, die mit Sinnestäuschungen, Zwangsdenken und mit affektreichen Wahnideen einhergehen.

Die Behandlung soll sich natürlich immer nach dem jeweiligen Grundleiden richten. Hier müssen die verschiedensten Schlafmittel, besonders die Hypnotika, aushelfen. Einige Male habe ich von der Leduceschen elektrischen Narkose erwähnenswerte Resultate gesehen.

Beob. 19. Paranystaxis. — A. T., 45 Jahre alt. Geistlicher. Leidet an konstitutioneller Neurasthenie. Erträgliche Form, ohne besondere Beschwerden, mit etwas hypochondrischem Charakter. Vor einigen Jahren entwickelte sich eine melancholische Verstimmung daraus, die drei Monate dauerte. Seit vier Wochen abermalige große Verstimmung, Grübeleien, Furcht vor Geisteskrankheit, innere Unruhe, düstere Gedanken, anxiöse Zustände, trostlose Selbstanklagen, die sich auf geringe Jugendsünden beziehen, rastlos hypochondrisches Suchen nach Krankheitserscheinungen am eigenen Körper, Selbstmordideen und andauernde Schlaflosigkeit. Obwohl von fortwährender Schläfrigkeit geplagt, ist es ihm dennoch unmöglich, einzuschlafen, weil er das ewige Denken, Zweifeln, Grübeln, Fürchten, usw. nicht loswerden kann. Die ganze Nacht hindurch beschäftigen ihn diese Ideen, so daß er trotz niederdrückender Schläfrigkeit unmöglich zum Schlafen kommt. Bei Tage

schieben sich einzelne heiterere Stunden ein, die Schläfrigkeit verliert sich aber keineswegs ganz, wächst bald wieder an und zwingt ihn zum Niederlegen. Jeder Versuch zu schlafen mißlingt jedoch, da das schlafstörende Gedankenspiel immer sofort wieder beginnt. Hypnotika, warme Bäder nützen nur mitunter. Allgemeinkräftigende Therapie nebst einer Opiumkur bessern den Zustand bedeutend und bringen innerhalb fünf Monaten auch einen hinreichenden natürlichen Schlaf hervor. Anderthalb Jahre nach seiner Entlassung trat, infolge psychischerregender Umstände, ein Rückfall ein, der, bevor noch ein ärztlicher Eingriff möglich war, mit Selbstmord endete.

Beob. 20. Peronystaxis. — J. T., 31 Jahre alt. Ingenieursgattin. Nervös veranlagt. Schwere Geburt des ersten, gesunden Kindes. Perinealruptur und großer Blutverlust, Laktationsschwierigkeiten. Baldiges Versiegen der Milch. Alle diese verstimmenden Einflüsse brachten eine hysteromelancholische Depression hervor. Versündigungsideen, Hoffnungslosigkeit, Anklagen gegen ihre Eltern, ihre Erziehung, die Schule, die Ehe, die menschliche Gesellschaft traten auf. Selbstmordgedanken plagten sie. Der Gedanke, sie sei ein degeneriertes Wesen und habe ein degeneriertes Kind zur Welt gebracht, ließ ihr keine Ruhe und beschäftigte sie auch die ganze Nacht hindurch. Einschlafen konnte sie trotz großer Schläfrigkeit nur schwer. Dieselben Ideen verfolgten sie auch im Traume. Sie warf sich unruhig im Bette herum und wurde durch die peinigenden Gedanken schon erweckt, bevor sie noch recht eingeschlafen hatte. Nach dem Erwachen fühlte sie sich noch matter, erschöpfter, unglücklicher als vorher. — Isolierung von den Angehörigen, Milch- und Opiumkur, Bettruhe, Bäder und geeignete Psychotherapie führten in drei Monaten zur vollkommenen Heilung.

Beob. 21. Kamatonystaxis. — Z. E. G., 24jähriger Lehramtskandidat. Vater und Geschwister sind tuberkulös. Vor einigen Monaten akquirierte er einen weichen Schanker. Seither ist er ängstlich verstimmt, nervös irritiert, zerstreut, arbeitsunfähig, erschrickt leicht und fürchtet eine Katastrophe. Der Schlaf ist gestört. Große Schläfrigkeit übermannt ihn. Das Einschlafen geht schwer. Gleich nach dem Einschlafen beginnen aufregende Träume, die ihn sehr ermüden und bald aufwecken. Im Traume muß er steile, hohe Berge unter tausend Gefahren erklimmen, muß mit wilden Tieren kämpfen, muß sich gegen glühende Eisenspieße wehren, usw. Aufgewacht fühlt er sich recht erschöpft, schläft nach einer langen Weile wieder ein, um dann ganz dieselben Traumerlebnisse fortzusetzen und abermals erschreckt aufzuwachen. So wiederholt sich das ermüdende Einschlafen dreibis viermal in der Nacht. Des Morgens ist er ungemein müde. Im Laufe des Vormittages fühlt er sich wohler. Abends kehrt das heftige Schlafbedürfnis wieder zurück. Warme Bäder, gute Ernährung, lokale Therapie des Geschwürs, Ruhe und psychische Beeinflussung stellen den Patienten in kurzer Zeit her.

Beob. 22. Kamatonystaxis. — E. K., 24jähriger Jurist, stammt aus hereditär belasteter Familie. Konstitutionelle Neurasthenie mit Angstzuständen. Fürchtet besonders die bösen Konsequenzen frühzeitig begonnener Onanie. Hat Abscheu vor dem normalen Koitus. Treibt derzeit keine Unzucht mehr im wachen Zustande. Während des Einschlafens jedoch, im halbbewußtlosen Zustande treten täglich Erektionen auf, verbunden mit einem hastigen Tun im Schlafe. Er träumt, er müsse die Eisenbahn bremsen, Pferde kutschieren, Holz sägen oder andere ähnliche, eine rasche Steigerung erheischende Arbeiten vollbringen. Dabei onaniert er, mit, dem Tempo der geträumten Arbeit entsprechenden, Bewegungen im Schlafe, ohne von sexuellen Bildern oder Gefühlen geleitet zu sein. Erst nachdem sich die Ejakulation vollzogen hat, erwacht er und kommt zum Bewußtsein seiner Tat. Das Erwachen bringt eine bedeutende Erschöpfung und die Angst vor schlimmen

## Die Störungen des Vorschlafes.

| | | Störung der Schlaftiefe (Dyskoimesis) | | Störung des Schlafbedürfnisses (Dysnystaxis) | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | aus exogenen Ursachen | aus endogenen Ursachen | aus exogenen Ursachen | aus endogenen Ursachen |
| Quantitative Veränderung | mit negativem Erfolg Hyposthenie | Schwächung (Infirmatio) Leptokoimesis | Verzögerung (Retardatio) Bradykoimesis | Verminderung (Deminuatio) Oligonystaxis | Abkürzung (Abbreviatio) Brachynystaxis |
| | mit positivem Erfolg Hypersthenie | Stärkung (Confirmatio) Oxykoimesis | Beschleunigung (Acceleratio) Tachykoimesis | Vermehrung (Augmentatio) Polynystaxis | Verlängerung (Prolongatio) Dolychonystaxis |
| Qualitative Veränderung | mit negativem Erfolg Parasthenie | Erschwerung (Difficultatio) Mogikoimesis | Trägewerden (Ignaviatio) Oknokoimesis | Verschlechterung (Depravatio) Poneronystaxis | Verstümmelung (Mutilatio) Spanonystaxis |
| | mit positivem Erfolg Palinsthenie | Erleichterung (Levatio) Eukoimesis | Lebhaftwerden (Vigorisatio) Erikoimesis | Verbesserung (Amplificatio) Beltionystaxis | Übertreihung (Superlatio) Acronystaxis |

Folgen mit sich. Ein späteres zweites Einschlafen gelingt meistens ohne automatische Onanie. Der sonderbare Zustand besteht schon seit mehr als einem Jahre. Narkotische Mittel nützen nicht immer. Die hypnotische Suggestion wirkt nur auf kurze Dauer. Psychotherapeutische Einflüsse besserten das Leiden, indem die Angstzufälle wegblieben und die Schlafonanie nur in seltenen, vereinzelten Fällen ausgeübt wurde.

* * *

Mit obiger kurzgefaßter Schilderung einiger Störungen des Vorschlafes sollen die Möglichkeiten der verschiedenen diesbezüglichen schlaflosen Zustände keineswegs erschöpft sein. Es wird gewiß noch manche Formen geben, die diesmal unerwähnt geblieben sind, gar nicht zu reden von jenen Schlaflosigkeiten, die auf Störungen des Erwachens zurückzuführen sind. Auch habe ich das mir zu Gebote stehende Material nicht vollständig aufgearbeitet. Die angeführten Beispiele mögen eben nur die aufgezählten einzelnen klinischen Bilder illustrieren. Der Zweck meiner Schilderungen war vorläufig kein anderer, als die Ärzte auf die mannigfachen Formen der Schlaflosigkeit aufmerksam zu machen. Vielleicht gelingt es hierdurch, in das Wesen und das Entstehen der Schlafstörungen einen klareren Einblick zu gewinnen. Die neue, vielleicht unnötige Nomenklatur wurde nur des leichteren Verständnisses halber beigegeben, ebenso die vorstehende Tabelle (vgl. S. 432) mit meiner Einteilung der Störungen des Vorschlafes.

---

III.

# Beitrag zur Psychologie der Aussage.

## Auf Grund eines gerichtlichen Gutachtens.

Von Dr. med. **J. Hampe**, Nervenarzt in Braunschweig.

---

Der Halbspänner S. aus E. stand vor dem Schwurgericht, angeklagt des Meineids, den er bei seiner Zeugenaussage über den Hergang einer Prügelei seines Sohnes mit einem beiden Verhaßten geleistet haben soll.

Das folgende Gutachten stützt sich auf mehrfache Untersuchungen des Angeklagten im Untersuchungsgefängnis und die Ergebnisse der Schwurgerichtsverhandlung. Akteneinsicht konnte nicht erlangt werden.[1]

Wie der Angeklagte auf Befragen angab, ist er vorbestraft vor 20 Jahren mit Gefängnis wegen Verleitung zu falscher Aussage (nach 38 Wochen Erlaß der Strafe, seine Schuld bestreitet er jedoch), ferner wegen Beleidigung eines Lehrers, der seinen Sohn gewürgt habe, mit zwei Monaten Gefängnis und jetzt wieder mit Gefängnis wegen Prügelns seiner 18jährigen Tochter, als diese trotz seines Verbots häufig die Nächte bis $^1/_2$4 Uhr bei ihrem Liebhaber zubrachte. Daten weiß er nicht anzugeben.[2]

Nach Angabe des Angeschuldigten und seiner erwachsenen Tochter[3] (in der Verhandlung nach eindringlicher Ermahnung durch

[1] Während der Verhandlung erklärte der Vorsitzende auf die Betonung dieses Umstandes seitens des Sachverständigen, daß das Aktenmaterial für diesen belanglos sei, da das Gutachten lediglich aus dem Ergebnisse der Gerichtsverhandlung zu bilden sei. Dem kann nicht energisch genug widersprochen werden; denn wie soll der Sachverständige sich durch entsprechende Fragen während der Verhandlung sein Material vervollständigen, wenn er nicht aus den Akten weiß, was festzustellen ist? Jedenfalls wird ihm ohne Aktenkenntnis seine Aufgabe ungemein erschwert.

[2] Die Verlesung während der Gerichtsverhandlung brachte noch mehr Vorstrafen zutage.

[3] Ebenso sagte vor der Verhandlung der erwachsene Sohn des Angeklagten aus, verweigerte aber aus Angst nach eindringlicher Ermahnung des Vorsitzenden seine Aussage überhaupt. Im übrigen beanstandete letzterer die Verwendung obiger Erklärungen seitens des Sachverständigen als nicht erwiesen, da die Zeugnisse des Angeklagten und seiner Kinder nicht als beweiskräftig anzusehen seien. Demgegenüber muß aber doch wohl hervorgehoben werden, daß gewöhnlich

den Vorsitzenden, daß sie ihre Aussage so machen müsse, daß sie sie jederzeit beschwören könne) ist des ersteren Mutter *gemütskrank* (*oder geistesschwach*) gewesen.

Der Zeuge und Sachverständige Dr. med. B. äußerte sich zum mindesten dahin, daß die Mutter des Angeklagten *Altersschwachsinn* dargeboten habe. Dazu ist zu bemerken, daß nicht jeder Mensch im Alter geistesschwach werden muß, sondern daß der, der es wird, erblich dazu disponiert war, wenn sonst keine Ursachen nachweisbar sind.

Der zweite *Sohn* des Angeklagten ist als *schwach befähigt* anzusehen (erschien als Zeuge vor Gericht und sagte auch aus), er ist aus der 4. Klasse konfirmiert. Die *Tochter* ist trotz Verbots des Vaters nächtelang ausgeblieben, um bei ihrem Geliebten zu schlafen (was auch nicht ohne Folgen blieb).

Zweifel an der geistigen Gesundheit des Angeschuldigten kamen den Gefängnisbeamten während seiner Untersuchungshaft[1]), außerdem soll bereits 1884 die Direktion der Gefangenenanstalten sich derartig geäußert haben.[2])

In der Schule war der Angeklagte ein mittelmäßiger Schüler, er zeigte sich *nicht besonders begabt* (Zeugnis des Gemeindevorstehers, eines Altersgenossen von ihm); unmoralische Neigungen sind nicht aufgefallen, seine Kinder hat er, wie diese aussagen, nicht lieblos behandelt, nach Dr. med. B. hat er seine kranke Frau aufopfernd gepflegt. Über wesentliche Krankheiten des Angeklagten war nichts zu erfahren, dieser verneinte geschlechtliche Infektion und behauptet, *Alkohol nicht vertragen zu können* (angeblich danach Kopfschmerz, Blutandrang nach dem Kopf, Zustände von Abwesenheit).

Erwiesen ist durch Zeugen, daß er *sehr zurückgezogen und solide gelebt, Gastwirtschaften so gut wie gar nicht besucht* hat. Er hat dann seinen Hof bewirtschaftet; solange seine erste *Frau* lebte oder nicht durch Krankheit daran verhindert war, hat diese *den geschäftlichen Teil geführt*; der einst schuldenfrei übernommene *Hof ist jetzt mit Schulden überlastet*.

Vor 13 Jahren erlitt der Angeklagte einen *Unfall* durch Verschüttung in einer Mergelgrube, er trug nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. med. B. starke Verletzungen *am Schädel* und der linken Wange und eine *schwere Gehirnerschütterung*

nur oder höchstens die Angehörigen es sind, die über erbliche Belastung aussagen können, wenn keine Anstaltsbehandlung stattgefunden hat und behandelnde Ärzte usw. nicht mehr am Leben sind. Jedenfalls muß versucht werden, solche Angaben soweit als irgend möglich zeugenmäßig nachzuprüfen.

[1]) Diese waren aber nicht als Zeugen geladen.

[2]) Nähere Erkundigungen hielt der Vorsitzende für unmöglich wegen Ablebens der in Frage kommenden Personen.

(Bewußtlosigkeit) davon mit den Folgen eines Nervenleidens, das sich äußerte in Schwindel (Dr. B.), Kopfschmerzen, erhöhter Reizbarkeit, gedrückter, weinerlicher Stimmung, Schlafmangel, Angst bei Alleinsein, ängstlichen Träumen, nächtlichem Phantasieren, Abwesenheitszuständen, Gedächtnisschwäche (was er sich besonders einpräge, behalte er). Die Tochter gab als Zeugin insbesondere noch an, daß der Vater an periodisch wechselnder Stimmung litt, indem er sich in den gedrückten Zeiten mit Selbstmordgedanken trug, sich öfters auch einen Strick nahm und damit auf den Boden wollte.

Der Angeklagte gab nun von dem Erlebnis, das zu seiner falschen Aussage geführt haben soll, folgende Darstellung: An jenem Nachmittage sei er in eine Wirtschaft zu einer Ackerauktion gegangen, dabei habe er etwa zwei Glas Bier getrunken. Danach sei er hinter seinem Sohne zum Felde gezogen und zwar mit zwei kranken Ochsen, die langsamer gingen als die Pferde seines Sohnes. Auf der Chaussee erblickte er P., den Freiwerber seiner Tochter, mit dem er verfeindet ist, als dieser sich bückte, um, wie er annahm, einen Stein aufzuheben, es könne aber auch ein anderer Gegenstand gewesen sein. Er sei nun in großer Aufregung gelaufen, um zum Standorte seines Sohnes zu kommen, der mit jenem in Streit war und um Hilfe rief. Beide Kämpfenden seien in einen Graben gefallen. P. hat dann den Sohn mit der Mistgabel an die Beine geschlagen. Er, der Angeklagte, wollte diese fassen und dem P. damit zuleibe gehen, woran ihn der Sohn verhindert habe. Er habe dann den Sohn, der am Kopfe voller Blut war und einen durchbissenen Finger hatte, nach Hause geleitet.

Eine Frau, die von der andern Seite des Weges gekommen war, solle ausgesagt haben (das sei ihm vorgelesen), daß er die Prügelei gar nicht habe sehen können.

Bei der Vernehmung des Sohnes durch den Gendarmen war er nicht zugegen; er will auch mit dem Sohne nicht über die Prügelei gesprochen haben. Daten weiß er nicht anzugeben.

Vor seiner eidlichen Aussage sei er im Gerichtsgebäude mit Rechtsanwalt Dr. B. zusammengetroffen, dem Vertreter seiner Tochter, der von ihm verlangt habe, er solle sich schriftlich verpflichten, seiner Tochter 1000 M. (oder Taler) und die Erlaubnis zu sofortiger Heirat (sie war schwanger) zu bewilligen. Darüber sei er sehr erregt geworden, so daß er bei seiner Vernehmung nicht gewußt habe, was er sprach. Dies wisse er auch heute noch nicht; der Hergang der Prügelei seines Sohnes sei aber so gewesen, wie er ihn jetzt geschildert habe.

Der als Zeuge vernommene Rechtsanwalt Dr. B. stellte seine Unterredung mit dem Angeklagten in manchen Punkten anders dar,

was aber für die Begutachtung belanglos ist; von wesentlicher Bedeutung für diese könnte nur sein, daß der Zeuge behauptete, die Unterredung habe, soweit er sich erinnere, erst *nach* jener eidlichen Aussage stattgefunden. Der Angeklagte und seine Tochter (auch bei Gegenüberstellung mit dem Zeugen) blieben dabei, daß jener Vorgang sich *vor* der Aussage abgespielt habe; auch der Verteidiger des Angeklagten neigte zu der Meinung (er war an dem Morgen anwesend), daß Rechtsanwalt B. sich irre. Die Sachlage blieb also unaufgeklärt.

Die *körperliche Untersuchung* des Angeklagten ergab folgenden Befund:

Der Angeklagte ist etwas unter mittelgroß und in leidlichem Ernährungszustande; auf dem linken Auge findet sich Starbildung. Das linke Ohrläppchen ist angewachsen, das rechte ebenfalls, aber weniger ausgeprägt; es besteht krampfhaftes Blinzeln auf beiden Augen (Blepharoclonus), besonders in Erregung, der Gesichtsausdruck ist leidend, etwas düster. Der Angeklagte spricht langsam, gedehnt, wehleidig. Er *klagt über Schmerzen im rechten Oberarm*, später auch über sein linkes Auge, auf dem er ein kühlendes Läppchen trägt. Der *Schädel* ist bei stärkerem Klopfen links stärker *empfindlich* (Narbe) und *druckempfindlich*; unter dem linken Auge an der Außenseite ist eine Narbe sichtbar.

Das *Empfindungsvermögen an der Haut ist abgestumpft*: starkes Kneifen der Haut rührt ihn nicht, später empfindet er an manchen Stellen mehr, an andern weniger; die Prüfung mit der Nadelspitze fällt dementsprechend aus, sie wird als Spitze erkannt.

Die *Lokalisation* der Eindrücke geschieht ziemlich schlecht (berührte Finger werden falsch angegeben), ebenso ist das *Lagebewußtsein* ungenau (an Fingern und Beinen). Ein mit einem harten Gegenstand auf der Haut geführter Strich hinterläßt einen längere Zeit bestehenden roten Streifen (*vasomotorisches Nachröten*, gesteigerte Erregbarkeit der Hautgefäße), man kann so auf seiner Haut schreiben (Erscheinung der „*Schreibhaut*“).

Die *Pupillen* sind gleich weit, ziehen sich zusammen auf Lichteinfall, bei Belichtung des anderen Auges (konsensuell) und bei Konvergenz der Augäpfel.

Die *Kniesehnreflexe* sind lebhaft. Kein Rombergsches Phänomen, kein Zittern.

Die Prüfung des *psychischen Zustandes* hatte folgendes Ergebnis:

Sein *Alter* kann der Angeklagte nicht angeben, geboren sei er 44, es könne im Februar sein, der 14. oder 15. Das Alter des Sohnes

kennt er nicht. Sein Bewußtsein ist klar, er ist örtlich orientiert, zeitlich weniger gut.

Die Schulkenntnisse, die er noch hat oder s. Z. erworben hat, erweisen sich als sehr mangelhafte.

Zu welchem Kreise sein Heimatsdorf gehört, beantwortet er zunächst falsch mit „Braunschweig“, später richtig. Zu welchem Reiche Braunschweig gehört, weiß er nicht. Daß 1870 Krieg gegen die Franzosen war, weiß er. Die Frage, wer gegen diese focht, beantwortet er mit „Braunschweiger.“ Von Berlin weiß er nichts, dort sei er noch nicht gewesen. Wer Kaiser ist, kann er auch nicht angeben. In Braunschweig regierte zuletzt ein Herzog, dessen Namen kennt er nicht, wer jetzt regiert, weiß er zunächst auch nicht, später sagt er „Prinz.“

Ob hier mehr Mangel an Interesse für das Geschehene der ihn umgebenden Welt als Gedächtnisdefekt vorliegt, mag dahingestellt bleiben, jedenfalls ist das Gedächtnis nur ein recht mangelhaftes für weiter zurückliegende Ereignisse, seine Merkfähigkeit (d. h die Fähigkeit, frische Eindrücke zu behalten) wird weiter unten geprüft werden. Seine Auffassung ist insofern erschwert, als er, wenn er erregt ist, häufiger falsche Antworten gibt oder gänzlich hierin versagt; bei freundlichem Zureden gehts hiermit besser, er „muß sich erst besinnen“ und gibt sich dann in der Tat Mühe, aufzumerken und nachzudenken und den Fragen des Untersuchenden gerecht zu werden; er schweift dann aber wieder leicht ab und erzählt plötzlich von anderen Dingen, die gerade in den Vordergrund seines Interesses geraten.

Des Rechnens ist er nur in primitiver Form mächtig: Er zählt an den Fingern ab oder zerlegt die Aufgaben in kleinere, z. B. löst er $7 \times 7$ auf in $2 \times 7 = 14$, $3 \times 7 = 21$ usf. Sein Gedächtnis reicht höchstens für das kleine Einmaleins aus, beim Arbeiten mit Zahlen in abstrakter Form (Zusammenziehen, Abzählen) versagt es schon eher, wenn es nicht an den Fingern möglich ist. Mit Geld scheint er umgeben zu können.

In seinem landwirtschaftlichen Berufe weiß er in dem ihm Nötigen, vorzugsweise Praktischen anscheinend Bescheid.

Abstrakte Begriffe hat er nicht viele und die wenigen nicht mit vollem Verständnis. Vom Meineid hat er nur mangelhafte Kenntnis: Man schwört, damit man die Wahrheit sagt, einen Meineid leistet, wer das nicht tut!

Seine Urteilsfähigkeit ist überhaupt mehr auf konkrete Dinge beschränkt und sonst recht mangelhaft, seine Kombinationsgabe reichte trotz allem Vorhergegangenen, als er gefragt wurde, weshalb der untersuchende Arzt zu ihm gekommen sei, nur

zum konkretanschaulichten Urteil hin, daß er gekommen sei, um seinen schmerzenden Arm zu behandeln, ob er denn nicht wiederkomme. Erst viel später sagt er: „um ihm zu helfen,“ das habe ihm der Verteidiger gesagt, und der Arzt habe im Schwurgericht Zeugen befragt (in der ersten Verhandlung gegen S., die vertagt wurde). Auf gleicher Stufe steht das Urteil, er kenne Berlin nicht, da er noch nicht dort gewesen sei.

Seine Stimmung war im allgemeinen eine gleichmäßig gedrückte; er wurde aber öfters von Weinen befallen (bei Berührung seiner traurigen Familiengeschichte z. B.). Wie seine Tochter behauptet, ist jene sehr wechselnd. Dazu paßt das Benehmen dem Lehrer gegenüber, der seinen Sohn gezüchtigt hatte, da jenes von stärkerer Reizbarkeit zeugt; auch heute, während der ganzen Verhandlung, ist er sehr gereizt, merkwürdig psychisch erregt. Sein Gemeindevorsteher hatte in seiner Zeugenaussage ihn sehr richtig als Querulanten bezeichnet, der sich unzugänglich zeigte gegen alle Ermahnungen, sein Prozessieren und seine Berufungen usw. zu unterlassen. Derartige Personen brauchen nicht immer Kranke mit fixiertem Wahnsystem zu sein, sondern es gibt auch solche, die auf Grund ihrer krankhaften Gefühle und reizbaren Stimmungen zu unlogischem Handeln getrieben werden und so in ihrem krankhaft gesteigerten Selbstgefühl bei mangelhafter Urteilsfähigkeit in ständigem Kampf mit ihren Mitmenschen, mit Gerichten und Behörden leben.[1])

Ein Mangel an moralischen Gefühlen erscheint dabei nicht notwendig; beim Angeklagten fehlt altruistisches Empfinden nicht; seine Kinder hat er, wie wir gehört heben, nicht lieblos behandelt, seinen älteren Sohn scheint er in der Tat zu lieben, seine kranke Frau hat er nach Aussage des behandelnden Arztes (Sachverständigen Dr. B.) aufopfernd gepflegt. Von Tierquälereien ist nichts bekannt geworden; wie er bei der Untersuchung betonte, ist er mit den kranken Ochsen besonders langsam gezogen, da er das Tier nicht quälen könne.

Zur Prüfung der Fähigkeit, frische Eindrücke sich zu merken, und gleichzeitig, Vorstellungen zu verknüpfen, wurde die Ranschburgsche Wortpaarmethode[2]) verwandt. Es wurde dem Angeklagten eine Reihe von Wortpaaren genannt: Kind-Mutter, Mönch-Kloster, Baum-Garten, Wiese-Gras, Pferd-Wagen, Ritt-Sattel, Korn-Feld, Nest-Vogel, Kirche-Turm. Nach kurzer Zeit hatte er auf das erste ihm wieder zugerufene Reizwort das zweite vorher dazu gesagte Wort zu nennen. Da er zunächst nicht begriff, was er sollte, wurde ihm an dem Beispiel

[1]) Vgl. Flechsig, Grenzen geistiger Gesundheit und Krankheit. Festrede. Leipzig, Veit & Co., 1896, S. 23 ff.

[2]) S. Sommer, Zur Psychologie der Aussage. Juristisch-psychiatr. Grenzfragen II, 6.

Kind-Mutter die Sachlage nochmals klar gemacht. Daher hatte er zunächst bei der folgenden Prüfung dieses Wortpaar im Gedächtnis behalten, antwortete aber bei einem späteren Versuche trotzdem auf das Reizwort „Kind" mit dem Nennwort „Vater." Auf „Korn" sagte er nach kurzem Besinnen „ausgedroschen, wird gedroschen," auf „Wiese" „Mähers," „wird gemäht," auf „Pferd" zuerst „Sattel," später zweimal „Geschirr," auf „Kirche" „Kirchhof," auf „Mönch," „Garten," auf „Ritt" „laufen," richtig erfolgte nur auf „Nest" „Vogel;" auch kommen später, wohl infolge der Übung, einige richtige Antworten. Diese richtigen Antworten werden charakteristischer Weise damit begründet, daß er sich die Wörter absichtlich eingeprägt habe.

Wir sehen also hier zunächst einen nicht unbeträchtlichen Mangel der Auffassung und Merkfähigkeit zutage treten, sodann aber an Stelle der Erinnerungslücken ein assoziatives Verknüpfen von alten Erinnerungsresten mit dem eben erst sinnlich neu Aufgenommenen. Besonders charakteristisch muß hierbei erscheinen die Vorstellungsverknüpfung stets mit dem eigenartigen Gepräge der praktischen Verwendbarkeit und Nutzbarmachung, wozu ihn als Bauer sein vorwiegend aus landwirtschaftlich-konkreten Begriffen gebildeter Bewußtseinsinhalt zwingt. Daß das Korn auf dem Felde steht, ist für ihn selbstverständlich, mehr beschäftigt sein Sinnen die Erwägung, daß und wann es gedroschen werden kann usf.

Sodann werden ihm Bilder vorgelegt, die ein erlebtes Ereignis[1]) darstellen. Das erste war eine Waldschneise, in deren Vordergrunde ein Jäger mit der linken Hand einem hinten am Eingange der Schneise erscheinenden zweiten Jäger grüßend zuwinkte. Der Angeklagte hat sich den ersteren Mann gemerkt und dessen Handbewegung, die er aber nach der rechten Seite verlegte, und behauptete, außerdem einen Hund, der aber nicht da war, sonst nichts gesehen zu haben.

Das zweite Bild zeigte in seiner Mitte den bekannten Hubertushirsch im Walde, vor dem der Jäger kniete, und den die Hunde usw. umlagerten. Der Angeklagte behauptete, ein „Reh" gesehen zu haben und knüpfte daran sofort abschweifende Ausführungen aus der Zeit, als er selbst Jagdpächter gewesen war. Offenbar hatte ihn das „Reh" daher sehr interessiert, so daß er von dessen Umgebung nichts weiter wahrgenommen hatte.

Das dritte Bild bestand aus (durch ein Erdbeben) verbogenen, auf deutlich hervortretenden Schwellen liegenden Eisenbahnschienen. Der Angeklagte erklärte, eine „Stiegleiter" gesehen zu haben.

[1]) S. Sommer, l. c.

„„Eine Stiegleiter? Was denn für eine?““ „Nnn, so wie sie an einen Schuppen gestellt wird, an einen grau angestrichenen, wie wir zu Hause haben, mit einer Dachluke.“ „„Haben Sie denn den Schuppen auf dem Bilde gesehen?““ „Ja.“

Wir haben also bei der Wahrnehmung der Bilder genau denselben Vorgang, wie bei der Prüfung mit der Wortpaarmethode! Eine mangelhafte Auffassung und Merkfähigkeit, an Stelle des mangelhaft sinnlich Wahrgenommenen ein Auftauchen alter Erinnerungsreste und Verknüpfen dieser mit dem Aufgenommenen, sodann aber noch weiterhin ein Ergänzen, ein phantastisches Ausmalen des Wahrgenommenen im Zeitpunkt der Auffassung und kurz danach und zwar so, daß schließlich ein ganz neues eigenartiges Bild herauswächst, das mit aller anschaulichen Deutlichkeit als wirklich Wahrgenommenes im Bewußtsein steht. Auffallend ist auch hier wieder die Vorstellungsverknüpfung mit dem Gepräge der praktischen Zugehörigkeit und Ausnutzbarkeit: Zum Jäger gehört der Hund, und mit der vermeintlichen Stiegleiter klettert man auf den Schuppen. —

Fassen wir Vorstehendes zusammen, so deuten die Geistesschwäche der Mutter im Alter[1]), die nervösen Erscheinungen, besonders das krankhafte Blinzeln und die Abstumpfung der Hautempfindlichkeit sowie die „Schreibhaut“, ferner auch die schwache Befähigung des einen Sohnes zusammen mit dem unmoralischen Handeln der Tochter, alles in allem darauf hin, daß erbliche Einflüsse krankhafter Natur in der Persönlichkeit des Angeklagten wirksam sind. Außer diesem Moment kann die Kopfverletzung des Angeklagten mit schwerer Hirnerschütterung einen günstigen Boden zu geistiger Erkrankung geschaffen haben.

[1]) Will man diese erbliche Belastung durchaus nicht anerkennen (s. Fußnote 3, S. 434), kann man sie ruhig fallen lassen, ohne daß sich an den Schlußfolgerungen aus dem Krankheitsbilde des Angeklagten auch nur das geringste änderte. Jene „nicht erwiesene Tatsache“ ist kein Grundstein, bei dessen Fehlen das ganze Gebäude der Krankheit in sich zusammenstürzen müßte, sondern besonders im vorliegenden Falle nur ein kleiner von den zahlreichen Bausteinen, ohne die das Gebäude ebensogut hält. Die Bedeutung der erblichen Belastung für das Entstehen geistiger Störungen darf nicht überschätzt werden; sie ist keineswegs immer nachweisbar auch bei klar zutage liegenden Geisteskrankheiten, und gerade beim Schwachsinn kann sie ersetzt sein durch die mannigfaltigsten Ursachen. Eine Zusammenstellung solcher Ursachen findet sich bei Hampe, Über den Schwachsinn nebst seinen Beziehungen zur Psychologie der Aussage, Braunschweig, Vieweg & Sohn, 1907.

Daß tatsächlich beim Angeklagten eine abnorme Hirnfunktion besteht, lassen erkennen die mangelhafte geistige Begabung, die reizbare Gemütsschwäche, die manche Bestrafungen herbeigeführt hat (Beleidigung des Lehrers, Mißhandlung der Tochter) und ein hartnäckiges Querulieren bedingte, — ferner sein Nervenleiden, das mit seinen charakteristischen Erscheinungen als Folge der Kopfverletzung durch den Unfall anzusehen ist. Außerdem ist hierher zu rechnen die Empfindlichkeit (Intoleranz) gegen Alkohol, die eine gewisse Widerstandslosigkeit des Gehirns anzeigt, und die glaubhaft erscheint, da vom Angeklagten die Wirkung des geringen Alkoholgenusses auf ihn sachmäßig geschildert und durch die Verhandlung es wahrscheinlich gemacht ist, daß der Angeklagte sich tatsächlich im allgemeinen des Alkoholgenusses enthalten hat.

Im besonderen weisen darauf, daß der Angeklagte in der Tat geistig krank ist, folgende Erscheinungen hin: Zunächst ist durch die Untersuchung nachgewiesen eine gewisse Schwäche des Verstandes und Gemüts durch den beim Angeklagten bestehenden Mangel der Auffassung, der Gedankensammlung, des Gedächtnisses, des Urteilsvermögens, eine einseitige Phantasietätigkeit nach Richtung der praktischen Seite, eine meist gedrückte, aber auch leicht gereizte Stimmungslage. Diese Reizbarkeit im Verein mit dem Mangel an Kritik, ruhiger Überlegung mußte zu Querulieren und anderen abnormen Handlungen führen.

Wir müssen uns gegenwärtig halten, daß es gerade die Gefühle, vorzugsweise Unlustgefühle sind, die zur Tat treiben, die nur beschwichtigt und niedergehalten werden durch die abwägende Verstandestätigkeit, daß also eine krankhaft lebhafte Gefühlsbetonung gegenüber einem schwachen Intellekt zu anormalem Handeln zwingt.

Wir stellen damit beim Angeklagten einen allgemeinen Schwachsinn fest, der z. T. angeborener Natur ist, weil seine Erscheinungen sich weit zurück im Leben des Angeklagten verfolgen lassen, z. T. noch verschlimmert ist durch die Kopfverletzung als eine gewisse Ursache für Schwachsinn überhaupt, weil gewisse Erscheinungen erst nach dem Unfall so recht zutage getreten sind, z. T. wohl auch durch das Alter des Angeklagten auf Grund einer Gehirngefäßverkalkung, wie sie bei diesem höchstwahrscheinlich außerdem noch vorliegt (wie weit hier die Starbildung als Zeichen einer allgemeinen Ernährungsstörung eine Rolle spielt, mag unerörtert bleiben).

Gegen diesen Schwachsinn würde eine gewisse Schlauheit,

seinen eigenen Vorteil wahrzunehmen, wenn sie nachgewiesen wäre, keineswegs sprechen, da jene bei Schwachsinn nicht selten vorkommt, z. T. sogar typisch ist. Ebenso sind die Zeugenaussagen, daß der Angeklagte ein ganz verlogener Charakter, ein sehr gerissener Betrüger sei, der ganz genau wisse, worauf er hinaus wolle, u. dgl., für die psychiatrische Beurteilung belanglos; derartige Verkennungen von Schwachsinn im gewöhnlichen Leben sind durchaus an der Tagesordnung.[1]) Der einzige, der den Angeklagten geradezu instinktiv („mit seinem gesunden Menschenverstande“) richtig heurteilt hat, ist der Gemeindevorsteher, der ihn für einen Querulanten erklärte, ihn damit aber keineswegs belastete, sondern entlastete.

Nun haben die drei Vorgutachter sich ebenfalls für einen gewissen Grad von Schwachsinn oder geistiger Minderwertigkeit ausgesprochen.

Die Frage, ob dieser Grad so hoch sei, daß er ohne weiteres Unzurechnungsfähigkeit bedinge, wurde von dem einen Gutachter mit Recht unbeantwortet gelassen unter der Begründung, daß sie spezialärztlich und er zu solcher Beantwortung inkompetent sei. Die beiden andern Gutachter verneinten die Unzurechnungsfähigkeit des Angeklagten, indem sie, der eine mehr, der andere weniger, großes Gewicht auf vermutliche Simulation des Angeklagten legten.

Mit Betonung einer solchen kann der Gutachter nicht vorsichtig genug sein; so ist hervorzuheben, daß sie bei geistig Gesunden äußerst selten ist, daß sie viel eher, wenn wirklich nachweisbar, ein Symptom geistiger Schwäche ist: gerade Schwachsinnige sind es, die simulieren, weil sie in ihrer Dummheit zu dick auftragen, um sich ins rechte Licht zu setzen.[2])

Wenn z. B. der Angeklagte, wie wir hier gehört haben, dem einen Gutachter gegenüber behauptet hat, die vorgelegten Getreidearten, trotzdem er Bauer ist, nicht zu kennen, so ist das nichts weiter als eine schwachsinnige Übertreibung.

Viel kommt auch auf die Art an, wie der Untersucher dem zu Untersuchenden, namentlich bei bestehendem Schwachsinn begegnet. Zeigt man von vornherein, daß man den Angeklagten für den größten Gauner und Simulanten hält, so ist es seine natürliche Abwehr, wenn er genügend Urteilskraft hat, einzusehen, worauf es ankommt, möglichst

---

[1]) S. z. B. Bresler, Simulation von Geistesschwäche bei Schwachsinn. Gutachten, Psychiatr.-neur. Wochenschrift vom 3. Februar 1906 (erschien nach obiger Gerichtsverhandlung, stimmt interessanter Weise in manchen Punkten mit obigem Fall überein).

[2]) Ähnlich wie die Unfallnervenkranken, allerdings diese schon mit mehr Überlegung, aber ohne zu simulieren, übertreiben, um den Untersucher von ihren tatsächlichen Beschwerden zu überzeugen. Vgl. ferner den Fall Breslers, l. c.

das Krankhafte herauszukehren, um dem Untersucher eine günstige Meinung beizubringen, andererseits wird die Stimmung dadurch eine gereiztere, die Aufmerksamkeit abgelenkt und die Antwort mehr in der Zerstreutheit, ohne daß der Sinn der Frage richtig erfaßt wäre, gegeben. Wir haben ja gesehen, daß der Angeklagte, wenn man ihn freundlich, mit ruhigem Wohlwollen gegenübertritt, *sich in der Tat Mühe gibt*, dem Untersucher möglichst gerecht zu werden, richtig zu antworten. Das schon ist der klarste *Beweis gegen Simulation*. Der Simulant verbessert seine Antworten nicht, sondern wiederholt höchstens noch immer unsinnigere.

Es liegt kein Widerspruch darin, daß der Angeklagte sein Geburtsjahr angibt, aber das Alter nicht nennen zu können behauptet. Ersteres haftet im Gedächtnis als feststehende Zahl, die Angabe des Alters setzt stets wieder ein Rechenexempel voraus; ebenso ist es nicht unwahrscheinlich, daß er den Inhalt seiner Zeugenaussage nicht kennt, wohl aber den Hergang der Prügelei anschaulich im Gedächtnis hat.

Überhaupt ist hervorzuheben, daß, *wenn wirklich etwas simuliert sein sollte, damit noch nicht alles simuliert ist.*

Es hat sich mir *kein begründeter Anlaß* geboten, *eine Simulation* des Angeklagten *anzunehmen.*

Des weiteren hat der Gutachter zu bedenken, daß im *allgemeinen zurechnungsfähige Schwachsinnige leichten Grades akut und vorübergehend*, im Augenblick der Tat, *unzurechnungsfähig* werden können, wenn durch ein neu hinzutretendes Moment die an sich schwache Urteilsfähigkeit ausgeschaltet wird, z. B. durch einen besonderen Zustand der Erregung oder einen Depressionszustand oder durch vorherigen Alkoholgenuß. Aber auch damit wäre der vorliegende Fall noch nicht erschöpft.

Um zu ergründen, ob und wie aus der abnormen Hirnbeschaffenheit des Angeklagten dessen unter Anklage des Meineids stehende Aussage zu folgern ist, ist die *psychologische oder psychopathologische Analyse*[1]) *dieser Aussage erforderlich.*

Die Forschungen der letzten Jahre haben zur Aufstellung von fünf Formen der falschen Aussage Geistesgestörter[2]) geführt. Von diesen

---

[1]) Die gleiche Forderung stellt A. *Leppmann* (gelegentlich eines Falles von Lustmord, Ärztliche Sachverständigenzeitung 1905, S. 7): „. . . . daß der Seelenarzt danach streben muß, vor dem Strafgericht mehr zu sein, als ein bloßer Gesund- oder Krankerklärer, und daß er dazu bestimmt ist, durch psychologische und anthropologische Analyse der Tat und des Angeklagten zur Rechtsfindung einzutragen.“ Vorher schon verlangte *Sommer* (Kriminalpsychologie, 1904) die Prüfung jedes einzelnen Falles mit Hilfe der analytischen Methode.

[2]) *Sommer*: Die Forschungen zur Psychologie der Aussage, Juristisch-psychiatrische Grenzfragen II, 6.

kommt hier für vorstehende Beurteilung in Frage der sog. paramnestische Typus, das sind „Fehlerinnerungen, die das wirkliche Nichtwissen verdecken und die Lücke der Erinnerungslosigkeit (Amnesie) ausfüllen.“[1]) Dieser Typus spielt ins Normalpsychologische über; der Grundtypus der normalpsychologischen Erinnerungsfälschung sind Zutaten zu dem Wahrgenommenen im Zeitpunkt der Auffassung. Diese Zutaten geschehen häufig durch Assoziationen, Vorstellungsverknüpfungen, die an Stelle von Erinnerungsstücken treten, die Erinnerungselemente überwuchern und ganz verdrängen können.[1]) Das kommt schon bei Gesunden vor, wieviel mehr also bei Schwachsinnigen! Der Unterschied zeigt sich in dem Walten der Kritik: Der geistig Gesunde gibt die Möglichkeit des Irrtums zu, er „glaubt“ sich zu erinnern, der Schwachsinnige aber ist überzeugt von der Richtigkeit seiner Aussage oder der bestimmten Erinnerung an wirklich Erlebtes.

Aus der oben geschilderten Prüfung des Angeklagten mit der Wortpaarmethode und den vorgelegten Bildern ersehen wir ein typisches Beispiel jener paramnestischen Form der Aussage: Der Angeklagte überdeckte seine Gedächtnislücken durch neugebildete verwandte Vorstellungen, indem er diese mit dem spärlich bei der Wahrnehmung Aufgefaßten verband, das dadurch gewonnene Bild mit alten Erinnerungsresten, diese einseitig phantasievoll und kritiklos neu hinzufügend, assoziativ weiter ausmalte im Sinne praktischer Nutzbarmachung und auf Grund seiner Urteilsschwäche das Ganze für erlebte Wirklichkeit ansah.

In ganz analoger Weise haben wir uns nun seine gerichtliche Aussage entstanden zu denken. Wenn wir uns getrost auf den Boden der Anklage stellen, der Angeklagte habe von der Prügelei seines Sohnes nichts gesehen, soviel ist jedenfalls sicher, daß er wenigstens den Sohn blutend infolge seiner Verwundungen angetroffen hat; unwillkürlich schloß der erregte Vater aus der Wirkung auf die Ursache: der Anblick der Verwundungen spiegelte ihm sofort in seiner lebhaften Phantasie die Art und Weise vor, wie diese entstanden sein mußten. Wir haben die Neigung des schwachsinnigen Angeklagten, bei seinen Wahrnehmungen das Nichtwissen durch Assoziation verwandter Vorstellungen in der Richtung praktischer Verwendbarkeit zu überdecken, das Bild dann weiter assoziativ auszumalen, kennen gelernt. Genau so muß er damals beim Anblick der Wunden seines Sohnes verfahren sein. Von wesentlicher Bedeutung ist hierbei die Behauptung des Angeklagten, der Gegner des Sohnes habe einen

[1]) Sommer: Die Forschungen zur Psychologie der Aussage. Juristisch-psychiatrische Grenzfrage II, 6.

Stein oder dergl. aufgenommen und den Sohn damit bearbeitet. Auf die Frage, warum der denn gerade einen Stein genommen haben sollte, antwortete er: Weil er das immer tut (einen Stein zum Schlagen benützt).

Diese Äußerung des Angeklagten, sie mag auf Tatsache beruhen oder nicht, auch wenn sie nur Einbildung des Angeklagten wäre, ist charakteristisch für den Gedankengang des Angeklagten beim Anblick der Verwundung des Sohnes. Denn dieser Bestandteil seines Bewußtseins mußte bestimmend sein für die Gewinnung des Bildes vom Hergang der Schlägerei. Die Wunden waren da, der Gegner hatte in der Meinung des Angeklagten die Gewohnheit, bei Schlägereien einen harten Gegenstand zu benützen, also waren für den Angeklagten die Wunden des Sohnes vorwiegend durch einen Stein hervorgerufen; sofort sah der Vater auch schon in der Phantasie, wie der Gegner sich gebückt hatte, den Stein zu nehmen, und so reihte sich, das Bild ausmalend und ergänzend, Vorstellung an Vorstellung.

Selbst wenn der Sohn nicht äußerlich sichtbar verwundet gewesen wäre und dieser dem Vater nur erzählt hätte, er habe mit P. eine Schlägerei gehabt, würde schon diese hierdurch geweckte Vorstellung der Prügelei zusammen mit der vom gewohnheitsgemäßen Gebrauch eines Steines seitens des P. das gleiche Bild vom Hergange der Schlägerei in der Vorstellung des Angeklagten habe entstehen lassen können, analog der phantasiereichen Ausschmückung des spärlich Wahrgenommenen beim oben geschilderten Versuch mit den vorgelegten Bildern.

Es war nun weiter typisch für den Schwachsinnigen, alsbald nach der Wahrnehmung, allmählich immer gewisser, auch das selbstgebildete phantastisch ausgemalte Schaustück als wirklich Erlebtes zu glauben und hinzustellen. Diesen psychologischen Vorgang ermöglichte einmal die dem Angeklagten bereits eigene Kritikunfähigkeit und lebhafte einseitige Phantasietätigkeit sowie die dadurch bedingte Unfähigkeit, Wahrscheinliches vom Unwahrscheinlichen, Wesentliches vom Unwesentlichen zu unterscheiden, wie es bei solchen Schwachsinnigen in der Tat charakteristisch ist; andererseits mußte diese Unfähigkeit noch verstärkt werden durch die begreifliche Erregung, die sich des Vaters, als er die Schlägerei des Sohnes mit dem ihm äußerst verhaßten Menschen erfuhr, bemächtigt haben mußte. Wenn man will, kann man noch obendrein diese Erregung, wenn es feststeht, daß der Angeklagte vorher am selben Nachmittage in der Auktion einige Glas Bier getrunken hat, durch die Empfindlichkeit (Intoleranz) des Angeklagten gegen Alkoholgenuß, wie sie für die epileptoide Form des Schwachsinns typisch ist, noch erhöht ansehen.

Es war jedenfalls ein so starkes Unlustgefühl in dem Angeklagten mächtig, daß es ihm eine klare Kritik der Auffassung unmöglich machte.

Unter dem Einfluß dieses Unlustgefühls, das die schwache Verstandestätigkeit förmlich überwucherte und niederhielt, hielt der Angeklagte nun um so mehr an seiner Fehlerinnerung wie an einem wirklich Erlebten fest, als der zurückgezogen lebende, verschlossen seinen Gedanken nachhängende Angeklagte kaum die Einzelheiten der Affäre mit irgend jemand näher besprochen haben dürfte.

So erfolgte schließlich die gerichtliche Aussage unter Eid in ungefähr der gleichen Gemütsverfassung, wie sie der Angeklagte bei und nach der Auffassung des vermeintlichen Erlebnisses hatte, zumal wir anzunehmen haben, daß schon Tage und Wochen vor dem Termin, an dem die Aussage geleistet werden sollte, wieder das alte Unlustgefühl derselben Färbung wie damals in alter Stärke wach wurde und sogar eine etwaige Überlegung der Bedeutung des Eides hinsichtlich der zu leistenden Aussage nicht aufkommen ließ.

Die Sachlage, ob diese Zeugenaussage vor oder erst nach dem Zusammentreffen mit Rechtsanwalt Dr. B. statthatte, ist durch die Verhandlung nicht aufgeklärt; sollte diese Erinnerung an das unmoralische Verhalten der Tochter und deren Freiwerber, den verhaßten Feind des Vaters, um dem es sich ja in der Aussage handelte, vorhergegangen sein, so ist deren verstärkender Einfluß auf jenen Unlustaffekt ja außer allem Zweifel und die Behauptung des Angeklagten, sich an das, was er ausgesagt habe, nicht mehr zu erinnern, nur um so glaubwürdiger.

Fassen wir nun unser Gutachten zusammen, so haben wir bei dem Angeklagten

1. den ja auch anderweitig festgestellten leichten Schwachsinn, der angeboren und durch die Kopfverletzung noch verstärkt ist,

2. eine dem entsprechende Reizbarkeit des Gemüts, überhaupt ein abnorm starkes Gefühlsleben, im besonderen

3. einen starken Affekt der Unlust bei und nach jener Auffassung der Tatsache (Verletzung des Sohnes),

4. höchstwahrscheinlich eine typische Empfindlichkeit gegen Alkohol und ebenso wahrscheinlich oder sicher das tatsächliche Vorhergehen des Genusses von Alkohol vor der Wahrnehmung,

5. die krankhaft schwachsinnige Neigung des Angeklagten zu assoziativer Ausmalung und Ergänzung des Wahrgenommenen,

6. einen Zustand krankhafter Verstimmung (Depres-

sion), der z. T. eine Erscheinung des Unfall-Nervenleidens, z. T. durch anhaltende Gemütserregungen hervorgerufen ist.

Wir erinnern uns, daß zum leichten Schwachsinn nur ein einziges Moment, z. B. ein Zornaffekt oder ein Depressionszustand o. dgl. hinzukommen braucht, um die Unzurechnungsfähigkeit zu bedingen. Durch das Zusammentreffen jener sechs oder fünf Momente sehen wir ohne Frage das Zustandekommen seiner Auffassung im Zustande einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit bei dem Angeklagten bedingt. Nachdem diese Auffassung nun einmal zustandegekommen war, war es für den leicht Schwachsinnigen nur typisch und folgerichtig, diese Auffassung für ein wirkliches Erlebnis zu nehmen und daran unbelehrbar festzuhalten, also auf Grund jener Fehlerinnerung mit dem Stempel des sicher Erlebten in der sog. Form des paramnestischen Typus der falschen Aussage einen Falscheid im guten Glauben zu leisten.

Also wird ohne Zweifel der § 51 des Str.-G.-B. für den Angeklagten voll in Anwendung kommen müssen.[1])

[1]) Das vom Gericht gefällte Urteil lautete auf — fünf Jahre Zuchthaus! Übrigens konnte der Sachverständige das Gutachten wegen (häufiger) Unterbrechung durch den Vorsitzenden bei recht vorgerückter Zeit (11—12 Uhr nachts!) nicht vollständig zu Ende bringen.

I.

# Über die leichteren Formen der periodischen Störungen des Nerven- und Seelenlebens (Zyklothymie).

Aus dem Sanatorium für Nerven- und innere Krankheiten Schloß Hornegg a. N.

von **Dr. L. Roemheld.**

---

Daß periodische, d. h. aus inneren Gründen und ohne hinreichenden äußeren Anlaß entstehende Erkrankungen des Nerven- und Seelenlebens beim Menschen vorkommen, ist schon lange bekannt.

Ihren prägnantesten Ausdruck finden diese periodischen Erkrankungen in den Zuständen, die wir als manisch-depressives Irresein bezeichnen.

Der Psychiater versteht darunter Erkrankungsformen, bei denen sich im Leben eines Menschen manische und depressive Phasen einer Psychose mehrfach wiederholen, sei es, daß eine regelmäßige Alternierung des Erregungs- und Depressionszustandes stattfindet, sei es, daß ausschließlich Phasen von entweder manischem oder depressivem Charakter mehrfach wiederkehren.

Auch gesunde Menschen, die geistig durchaus als normal angesehen werden müssen, zeigen nicht selten Schwankungen des psychischen Gleichgewichts, die mit einer gewissen Periodizität, ohne durch erkennbare äußere Veranlassung genügend begründet zu sein, auftreten können und sich in motivlos wechselnder Stimmung und wechselnder Leistungsfähigkeit äußern. Meistens handelt es sich dabei um besonders weiche, sensible, tiefgründige Naturen mit einem sehr ausgeprägten Gefühlsleben. Zwischen diesen noch durchaus innerhalb der Gesundheitsbreite fallenden Erscheinungen und den schweren Formen des manisch-depressiven Irreseins kommen die mannigfachsten Übergänge vor. Kahlbaum[1]) und Hecker[2]) gebührt das Verdienst, zuerst auf die außerordentlich

---

[1]) Cit. nach Kraepelin, Psychiatrie.

[2]) Die Zyklothymie, eine zirkuläre Gemütserkrankung. Zeitschr. f. prakt. Ärzte 1898.

häufigen leichten Fälle zyklischer Erkrankung hingewiesen zu haben. Kahlbaum hat für diese Erkrankungsformen den Sammelnamen Zyklothymie geprägt.

Daß diese Fälle, die man früher und auch heute noch vielfach fälschlich der Neurasthenie oder noch häufiger der Hysterie zugerechnet hat, nosologisch streng genommen den manisch-depressiven Zuständen zuzuzählen und nur graduell von ihnen verschieden sind bzw. infolge der geringeren Intensität der klinischen Symptome nicht als Geisteskrankheit imponieren, ist seit den Arbeiten von Kraepelin,[1] Hoche,[2] Weygandt[3]) und neuerdings von Wilmanns[4]), der sich in einer Arbeit speziell mit der Zyklothymie beschäftigt und die Beobachtungen der Heidelberger Irrenklinik verwertet hat, über allen Zweifel erhaben. Die Zyklothymie muß als die abgeschwächte Form der periodischen Psychose bezeichnet werden, sie steht in der Mitte zwischen dieser und der noch physiologischen Schwankung des psychischen Gleichgewichts. Wir subsumieren deshalb mit Wilmanns unter den Begriff der Zyklothymie alle die auf konstitutioneller Basis beruhenden Fälle von zirkulärer Erkrankung des Nerven- und Seelenlebens, bei denen die psychisch-nervösen Störungen in der mildesten Form auftreten, so daß die Kranken der ärztlichen Beeinflussung zugängig bleiben und ohne Gefahr für sich und andere außerhalb einer geschlossenen Anstalt behandelt werden können.

Es liegt in der Natur der Sache, daß der Psychiater in der Klinik die als Zyklothymie zu bezeichnenden leichten Fälle, die in das Grenzgebiet zwischen innerer Medizin und Psychiatrie gehören und der großen Gruppe der psychisch-nervösen Störungen zuzuzählen sind, nur selten zu Gesicht bekommt, während diese in der Sprechstunde des Internisten, des Frauen- und besonders des Nervenarztes sowie in dem Krankenbestand offener Sanatorien ein großes Kontingent bilden. Meist segelten sie allerdings seither unter falscher Flagge, und besonders weibliche Patienten wurden häufig als Hystericae behandelt und mit dieser Diagnose der offenen Anstalt zugeschickt.

Ich habe in den letzten Jahren meiner Tätigkeit als leitender Arzt an einem Sanatorium für innere und Nervenkrankheiten 71 mal

[1]) Kraepelin, Psychiatrie.

[2]) Hoche, Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Halle, Marhold 1897.

[3]) Weygandt, Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. München, Lehmann.

[4]) K. Wilmanns, Die leichten Fälle des manisch-depressiven Irreseins (Zyklothymie) und ihre Beziehungen zu Störungen der Verdauungsorgane. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. Nr. 434. 1906.

Fälle von Zyklothymie zu behandeln Gelegenheit gehabt und will im folgenden das Krankheitsbild an der Hand meines Beobachtungsmateriales schildern. Bemerken darf ich noch, daß es sich durchweg um Patienten besserer Stände gehandelt hat.

Unter den 71 Fällen waren zehn, die wiederholt in verschiedenen Phasen der Krankheit zu uns kamen, so daß wir sie in Abzug bringen müssen und nur von 61 Patienten mit Zyklothymie sprechen können. Darunter befanden sich 20 Männer, 41 Frauen. Da der Krankenbestand unserer Anstalt im übrigen eine annähernd gleiche Verteilung auf beide Geschlechter ergibt, so dürfte das auffallende Prävalieren des weiblichen Geschlechts bei der Neigung zu zyklischer Erkrankung des Nervensystems, eine Tatsache, die auch von anderer Seite (Hoche, loc. cit.) beobachtet worden ist, nicht auf lokale oder unserer Anstalt eigentümliche Verhältnisse zurückzuführen sein.

In der Pathogenese der Zyklothymie spielt die hereditäre nervöse Disposition die größte Rolle. Nicht selten findet man auch mehrfache Verwandtenehen unter den Vorfahren. Nach Hoche liegt fast bei keiner anderen psychischen Störung so häufig gleichartige Vererbung vor wie bei den zirkulären Erkrankungsformen. Eltern mit ausgesprochenem zirkulären Irresein haben nicht selten Kinder, bei denen sich die konstitutionelle Anomalie in Form der leichteren Zyklothymie oder selbst nur als angeborene, noch physiologisch zu nennende Labilität der Stimmungslage geltend macht. Aber auch das Umgekehrte kann vorkommen, ein Beweis für die Richtigkeit der Annahme, daß es sich um ein einheitliches Krankheitsbild mit nur graduellen Unterschieden handelt.

Ich konnte bei meinen Patienten in der Hälfte der Fälle ausgesprochene schwere erbliche Belastung nachweisen. Wie häufig bei den Vorfahren zirkuläre Erkrankungen vorgekommen waren, war leider nicht mit Sicherheit zu eruieren.

Bei Kindern habe ich zyklothyme Zustände nicht beobachtet, weder in meiner jetzigen Tätigkeit, noch früher während meiner Assistentenzeit an der Kinderklinik zu Heidelberg. Auch ausgesprochen periodische Geistesstörungen sind im Kindesalter selten. Es dürfte indessen schwer sein, bei Kindern mit ihrer wenig entwickelten Persönlichkeit und mit ihrem schon physiologisch vorhandenen lebhaften Stimmungswechsel zu entscheiden, was noch als normal, was als pathologisch anzusehen ist.

Verfolgt man die Anamnese zyklothymer Persönlichkeiten, so findet man allerdings nicht selten, daß sich schon in früher Jugend eine gewisse Nervosität bemerkbar gemacht hat, leichte Reizbarkeit, gelegent-

licher Hang zur Einsamkeit, ungleiche Leistungsfähigkeit in der Schule, frühe Masturbation, lang dauerndes Bettnässen, Krämpfe. Vielleicht sind auch die Stimmungsanomalien, welche bisweilen choreatische Anfälle der Kinder begleiten, hierher zu zählen. (Hoche.)

Zur Zeit der sexuellen Entwicklung, oft schon vor Eintritt regelrechter Genitalblutungen, machen sich beim weiblichen Geschlecht häufiger zyklische Störungen geltend, die den menstruellen Typus zeigen und alle Übergänge von der einfachen Verstimmung bis zur ausgesprochenen menstruellen Psychose darbieten können.

Als auslösend wirken bei psychopathisch Veranlagten im späteren Leben sehr häufig Verlobung, Verheiratung, Wochenbett und endlich das Klimakterium. Die Fälle, die ich[1]) als sponsale Zyklothymie beschrieben habe, die Beobachtungen, die Obersteiner[2]) als nuptiales Irresein veröffentlicht hat, gehören hierher. Sich zum erstenmal im Leben einer ernsten Entscheidung gegenübergestellt zu sehen, genügt häufig bei solchen konstitutionell veranlagten Frauen, um die erste depressive Phase einer Zyklothymie zum Ausbruch zu bringen, während anderseits nicht selten leichte Erregungszustände mit erotischer Färbung in das Pubertätsalter im weiteren Sinn fallen. Hierher sind auch die puerperalen Zyklothymien zu rechnen, die häufig fälschlich als Erschöpfungszustände gedeutet werden, während es sich in Wirklichkeit um leichte manisch-depressive Zustände handelt.

Daß auch äußere Veranlassungen, eine freudige Erregung, ein Trauerfall, eine Enttäuschung, ein Chock, eine besondere Überanstrengung, Übernahme einer verantwortungsreichen Stellung usw. auslösend wirken können, sei kurz erwähnt. Die Angehörigen pflegen dann gewöhnlich diese auslösenden Faktoren als die Ursache der Erkrankung anzusehen, während die wahre Ursache die konstitutionelle erbliche zyklische Veranlagung ist.

Die Symptomatologie der Zyklothymie ist eine ungemein variable. Das Schema, daß Zeiten psychischer und psychomotorischer Erregung und Hemmung regelmäßig wechseln, oder daß wiederholt im Leben leichteste hypomanische Zustände oder leichtere Depressionen auftreten, kann je nach der Individualität der einzelnen Persönlichkeit, nach der Dauer und Intensität der Anfälle die allermannigfachsten Variationen zeigen.

Der Einfachheit halber wollen wir zunächst das Bild zeichnen, welches die Kranken im Zustand der zyklischen nervösen Erregung darbieten, dann die periodische Depression schildern

[1]) Roembeld, Zyklothymie bei Bräuten. Württ. ärztl. Korrespondenzbl. 1904.

[2]) Obersteiner, Über Psychosen im unmittelbaren Anschluß an die Verheiratung. Jahrb. f. Psychiatrie 1902. Bd. XXII.

und zuletzt die Mischformen betrachten. Ich betone dabei ausdrücklich, daß ich nur die leichten, der Zyklothymie zuzurechnenden und nicht als Geisteskrankheit imponierenden Fälle im Auge habe und auf die Schilderung des ausgesprochenen manisch-depressiven Irreseins, das nicht hierhergehört, gänzlich verzichte. Der Arzt in einer offenen Anstalt und überhaupt der Nervenarzt bekommt die depressiven Phasen der Zyklothymie wesentlich häufiger zu Gesicht als die nervösen Erregungszustände, da der Kranke im Zustand der psychischen Hemmung sich selbst krank fühlt, den Angehörigen als krank erscheint und deshalb nach dem Arzt verlangt. Im Zustand der zyklothymen Expansion wird naturgemäß der Arzt nur dann aufgesucht, wenn die Erregung einen solchen Grad erreicht hat, daß sie auch der Umgebung lästig wird.

So erklärt es sich, daß unter meinen Fällen nur sechs sind, die im Zustand zyklischer Hypomanie zu uns kamen. Dazu addieren sich dann noch die Patienten, bei denen hier ein Umschlag der depressiven Phase beobachtet wurde.

Im Zustand zyklischer Erregung bietet der Kranke das abgeschwächte Bild der Manie dar. Wir finden deshalb die rudimentären Symptome der Manie wieder: gehobene Stimmung, vielfach mit abnormer Reizbarkeit, Bewegungsdrang, Ideenflucht.

Ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl geht den Patienten in diesem Stadium, wie bereits erwähnt, meistens ab. Sie fühlen sich im Gegenteil gewöhnlich auffallend frisch, leistungsfähig und gesünder als je, höchstens wird über gewisse Reizbarkeit geklagt.

Die Stimmung der Patienten ist gewöhnlich sehr gehoben und kann sich bis zu strahlender Euphorie steigern. Der Blick ist glänzend, die Mimik lebhafter als gewöhnlich. Die Kranken sind gesprächig, unterhaltend, witzig und werden meist von anderen als gute Gesellschafter sehr geschätzt. Sie fühlen sich besonders glücklich, sind, oft im Gegensatz zu ihrem früheren Verhalten, überaus zufrieden mit allem und voll Dankbarkeit gegenüber dem Arzt. Ihre Sprache bewegt sich in überschwänglichen Ausdrücken, in Superlativen.

Ihr Bewegungsdrang äußert sich bald in lebhaftem Mitgefühl anderen gegenüber, bald in planloser Unruhe, bald in rastloser Geschäftigkeit, die aber meistens doch zu keiner konzentrierten Arbeit führt, bald wieder in gesteigerter, produktiver Leistungsfähigkeit. Besonders gilt dies, wie schon Hecker betont hat, von dichterischen, musikalischen, ästhetischen Erzeugnissen. Wird doch, ob mit Recht oder Unrecht sei dahingestellt, auch von dem größten deutschen Dichter behauptet, daß er ein Zyklothymer gewesen sei. — Der Kranke kennt keine Ermüdung, er kümmert sich um alles, was ihm früher fern lag, zeigt lebhaftes, meist aber nicht nachhaltiges Interesse für alles mögliche, begeht leicht Exzesse, macht unnötige Ausgaben, verlobt sich vorschnell usw.

Auch die manische Ideenflucht ist angedeutet: eine gewisse Planlosigkeit, Ablenkbarkeit, Oberflächlichkeit des Denkens macht sich bemerkbar, in der Unterhaltung springt der Patient von einem Thema auf das andere über, in seinem Handeln läßt er sich von augenblicklichen Gemütsbewegungen und Eindrücken beherrschen, die Konsequenz im Reden und Handeln fehlt, der Wille wird steuerlos.

Während manche Kranke in diesem Stadium der heiteren Hypomanie liebenswürdig, lenksam und gutmütig sind und höchstens durch ihre Unruhe unangenehm auffallen, macht sich bei anderen wieder eine gewisse Reizbarkeit bemerkbar. Alles ärgert sie, an allem haben sie etwas auszusetzen, sie sind hypersensitiv, krankhafte Rechtbaberei und krankhafter Egoismus beherrschen das Bild. Somatisch fühlt sich der Patient im zyklisch nervösen Erregungszustand meistens außerordentlich wohl. Das Aussehen bessert sich, der Kranke erscheint jugendfrischer und ist elastischer, hat besseren Appetit, schläft gewöhnlich besser, hat zum Teil allerdings auch vermindertes Schlafbedürfnis. Während bei ausgesprochener Manie das Körpergewicht meist sinkt, konnte ich bei den leichten Fällen, die mir zur Beobachtung kamen, stets ein Ansteigen der Gewichtskurve trotz der vorhandenen Ruhelosigkeit konstatieren.

Die geschilderten Zustände heiterer Hypomanie sind wir nur dann berechtigt der Zyklothymie zuzurechnen, solange sich alle diese Erscheinungen noch im Rahmen des gesellschaftlichen Benehmens halten. Steigern sich die Symptome so sehr, daß es zu antisozialem Verhalten kommt, so müssen wir von Manie reden und den Patienten einer geschlossenen Anstalt überweisen. Wir werden auf diesen Punkt weiter unten bei Besprechung der Differentialdiagnose nochmals zurückkommen.

*Häufiger als zyklothyme Erregungszustände sieht man zyklische Depressionen.*

Von meinen 61 Patienten kamen 55 im Stadium der Depression zu uns.

Ausnahmslos besteht während dieses Stadiums ein lebhaftes Krankheitsgefühl. Der Beginn der Störung ist meist ein allmählicher, falls nicht gerade ein plötzlicher Umschlag aus einer vorausgegangenen hypomanischen Phase vorliegt, was indessen seltener vorzukommen scheint als das Umgekehrte. Langsam entwickelt sich ein Krankheitsbild, das sich im wesentlichen aus den zwei Hauptsymptomen einer *unmotiviert gedrückten Stimmung mit Unlustgefühlen und ausgesprochener, aber leichtester psychischer und psychomotorischer Hemmung* zusammensetzt. Bei einzelnen Patienten konnte ich beobachten, daß sich diese periodische Depression mit einer gewissen Regelmäßigkeit *zu bestimmter Jahreszeit* (Frühjahr oder Herbst) einstellte, ebenso wie auch an den einzelnen Tagen der Höhepunkt der Depression meist an gewisse Stunden, gewöhnlich die

ersten Morgenstunden, gebunden war, während sich abends ein relatives Wohlbefinden bemerkbar machte.

Die Kranken zeigen meist eine inhaltlose Verstimmung; sie sind mutlos, traurig, haben die Empfindung einer Öde und Leere. Nichts macht ihnen mehr Freude. Sie fühlen sich schwerfällig, interesselos und gleichgültig gegenüber ihrem Beruf, ihrer Familie, ihren gewohnten Liebhabereien, alles ist ihnen fremd geworden. Ihr Gefühlsleben erscheint ihnen wie erstorben. Nicht selten hört man den Ausspruch: Ich bin gar nicht mehr „ich selbst“, ich komme mir wie versteinert vor, mein Gedächtnis ist mir verloren gegangen, ich vermag nichts mehr zu lesen, nichts mehr in mich aufzunehmen usw. Dieselben Äußerungen kehren bei allen derartigen Patienten mit einer gewissen Stereotypie wieder. Eigentliche Wahnideen, Versündigungsideen und Suizidgedanken gehören n i c h t zum Bild der hier zu beschreibenden leichteren zyklothymen Zustände. Vage Selbstvorwürfe, die aber meist im Bereich der Möglichkeit gehalten sind oder dem Patienten selbst geradezu absurd erscheinen, ängstliche Befürchtungen und Andeutungen von krankhaften Eigenbeziehungen werden bisweilen beobachtet, sind aber immer etwas suspekt. Die Kranken benehmen sich stets völlig geordnet; im Verkehr mit anderen, den sie gewöhnlich nicht suchen, vergessen sie sich oft, so daß man nichts von ihrer Depression merkt; sie sind besonnen und besitzen immer noch genug Selbstbeherrschung und Kritik, um echte Wahnideen nicht aufkommen zu lassen. Die intellektuellen Leistungen der Kranken stehen oft in direktem Mißverhältnis zu den Insuffizienzgedanken, mit denen sich die Patienten plagen, und die die Folge der tatsächlich vorhandenen psychischen Hemmung sind. Diese psychische Hemmung macht die Kranken besonders unglücklich: sie ziehen sich zurück von ihrer Umgebung, fühlen sich träge zum Denken, schwerfällig und unfähig zu Entschließungen; alles steht ihnen wie ein Berg bevor. Dabei unterschätzen sie ihre eigene Leistungsfähigkeit, verlieren das Selbstvertrauen und sehen trübe in die Zukunft. Oft kommt es zu Tränenausbrüchen, die dann meist eine gewisse Erleichterung bewirken. Starke Angstempfindungen, Präkordialangst, wie sie die ausgesprochene Melancholie häufig begleitet, fehlt bei zyklothymer Verstimmung oder erreicht nur leichte Grade. Oft besteht eine gewisse Ruhelosigkeit; die Kranken halten es an keinem Platz lange aus, meinen immer wieder, ein neues Heilverfahren könne ihnen nützen, ziehen deshalb von einem Arzt zum anderen, um durch jede neue Enttäuschung immer mehr verstimmt und immer menschenscheuer zu werden. Auch psychasthenische Zustände, wie wir sie bei konstitutioneller Neurasthenie finden, Zwangsideen, Zwangshandlungen, Grübelsucht, kehren nicht selten bei unseren Patienten wieder. Auch Superposition hysterischer Symptome sieht man bisweilen.

Kranke mit zyklothymer Depression zeigen gewöhnlich einen leidenden Gesichtsausdruck. Nahrungsaufnahme und Schlaf sind gestört, das Gewicht nimmt fast immer stark ab. Nicht selten treten dazu noch eine Reihe nervöser Sensationen, die für den Kranken, der alles nur durch die Brille seiner Verstimmung sehen kann, eine Quelle hypochondrischer Befürchtungen sind.

Diehl[1]) beschreibt Fälle, bei denen regelmäßig ein sehr intensiver, vielleicht psychogen gesteigert empfundener Kopfschmerz die depressiven Zustände einleitete. Die Kranken waren vorher ohne jeden Erfolg wegen ihrer körperlichen Beschwerden behandelt worden, bis Diehl den Kopfschmerz als Teilerscheinung der psychischen Störung erkannte. Wilmanns[2]) hat besonders auf das Vorhandensein nervöser Dyspepsie und chronischer Obstipation bei depressiv Zyklothymen aufmerksam gemacht. Er hält mit Recht diese somatischen Beschwerden nicht wie die alte Schule für die Ursache, sondern für eine Folge und Teilerscheinung der zerebralen Störung. Die psychischen Erscheinungen tragen eben bei diesen Kranken zu Unregelmäßigkeiten der Verdauungsvorgänge bei. Auch ich fand bei mehr als der Hälfte meiner Fälle gastrointestinale Beschwerden, Störungen im Gebiet der Splanchnici, besonders Obstipation. Ferner vermochte ich häufig vasomotorische Störungen, Wallungen, Herzpalpitationen, Zessieren der Menses, Auftreten reichlichen hellen Urins von niederem spezifischen Gewicht (sog. Urina spastica) beim Übergang einer zyklothymen Phase in eine andere zu konstatieren.

Auch möchte ich an dieser Stelle auf die besonders von Alter[3]) angestellten und von mir bei zyklothymen Kranken nachgeprüften Versuche über das Verhalten des Blutdrucks bei nervösen Störungen hinweisen. Alter fand, daß im allgemeinen hohe Blutdruckwerte den Empfindungen der Angst, der Unlust und des Ärgers entsprachen, während niedere sich bei euphorischer und heiterer Stimmung vorfanden.

Es ist für den Arzt von größter Wichtigkeit, daß er die somatischen Beschwerden zyklisch Deprimierter richtig bewertet und die vielfachen hypochondrischen Klagen der Patienten als Teilerscheinung bzw. als Folgezustand der psychisch-nervösen Störung auffaßt. Gerade der nicht speziell neurologisch und psychiatrisch geschulte Arzt übersieht leicht über einem vielleicht harmlosen lokalen Befund die zugrund liegende Zyklothymie, zumal da die meisten Patienten im depressiven Stadium

[1]) Diehl, Der Kopfschmerz beim manisch-depressiven Irresein. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurologie Bd. XV.

[2]) Loc. cit.

[3]) Alter, Über das Verhalten des Blutdrucks bei gewissen Geistesstörungen. Neurol. Zentralbl. 1903. 22.

infolge ihrer psychischen Hemmung viel eher geneigt sind, über ihre körperlichen Beschwerden sich auszusprechen, als ihren Seelenzustand dem Arzt zu offenbaren. Es kann deshalb nicht genug davor gewarnt werden, bei solchen Patienten durch symptomatische lokale Behandlung den hypochondrischen Vorstellungen neuen Inhalt zu geben und künstlich psychogene Symptome zu züchten. Für den Gynäkalogen wichtig ist, daß er nicht selten von solchen Patienten wegen Zessieren der Menses, wegen Obstipation und abnormer Sensationen im Unterleib, Störungen, welche von den Patienten oder ihren Angehörigen oft als Ursache der Depression betrachtet werden, während sie in Wirklichkeit Teilerscheinungen des allgemein-nervösen Zustandes sind, konsultiert wird.

---

Wir lernten bis jetzt das klinische Bild des einzelnen Anfalls zyklischer Erregung und Depression kennen.

Aus einem nach der Gruppierung dieser Zustände, nach der Dauer und Intensität der einzelnen Anfälle ganz verschieden gestalteten Bild resultieren die verschiedenen Verlaufsarten der Zyklothymie.

Am seltensten sind Fälle, bei denen sich mehrmals im Leben ausschließlich unmotiviert Zeiten mit dem zuerst geschilderten Symptomenbild einstellen (periodische Hypomanie.)

Häufiger kommen die reinen leichten periodischen Depressionszustände vor. Allerdings muß die Einschränkung gemacht werden, daß die dazwischenliegenden Erregungszustände oft der Beobachtung entgehen, da die Kranken in dieser Zeit für gesund gehalten werden. Nach meinen Erfahrungen, die sich mit denen von Hoche decken, beginnt die Mehrzahl der Fälle periodischer Depression erst auf der Höhe des Lebens, bei Frauen sogar oft erst z. Z. des Klimakteriums.

Die häufigste Verlaufsart der zyklischen Störungen, die Zyklothymie im engeren Sinn, ist charakterisiert durch ein abwechselndes Auftreten der beiden oben geschilderten Krankheitsphasen.

Aber auch hier zeigt sich wieder die größte Mannigfaltigkeit, und alle Übergangsformen zwischen konstitutioneller Labilität des Gemütslebens bis zu den schwersten Formen kommen vor. Oft besteht das ganze Leben hindurch ein gewisser Zyklus wechselnder Phasen, so daß die Patienten immer entweder „himmelhoch jauchzend“ oder „zum Tode betrübt“ sind. Meist haben sie sich selbst an diese Zustände gewöhnt und sich damit abgefunden; viele allerdings leiden auch ganz unsagbar unter diesen beständigen Schwankungen.

Zwischen den einzelnen Anfällen können anderseits lange freie Intervalle liegen. Nicht selten sind indessen, worauf bereits hingewiesen wurde, diese sog. freien Intervalle, während welcher sich der

Kranke besonders gesund und leistungsfähig fühlt und keinen Arzt nötig hat, in Wirklichkeit Zeiten leichtester hypomanischer Erregung, und manche in diese „gesunden Zeiten“ fallende merkwürdige Handlungen erklären sich auf diese Weise. Bei anderen Patienten kommt es im ganzen Leben nur zu wenigen durch Pausen von Jahren getrennten Anfällen, oft von sehr langer Dauer; wieder andere zeigen mit großer Regelmäßigkeit kurze Schwankungen von einigen Tagen Dauer. Ich beobachtete einen Herrn, bei dem regelmäßig lange Zeit hindurch in Pausen von drei Tagen ein Zustand von Erregung und Hemmung wechselte. Gerade bei diesem Patienten konnten wir mit einer gewissen Regelmäßigkeit beobachten, daß an den „schlechten“ Tagen der Blutdruck deutlich erhöht war, während er an den „guten“ Tagen normale Werte zeigte.

Auch der Übergang von der einen zyklothymen Phase zur anderen kann sich verschieden gestalten. Meist bereitet er sich langsam vor, oft aber, was wir namentlich beim Übergang des depressiven Stadiums in das Gegenteil beobachten konnten, tritt über Nacht ein plötzlicher Umschlag ein, so daß der Kranke den Arzt bei der Morgenvisite freudig begrüßt mit der Versicherung, jetzt sei er ganz gesund.

Weygandt[1]) hat auf Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins aufmerksam gemacht: Psychische Hemmung kann sich mit psychomotorischer Erregung und gehobener Stimmung kombinieren. In abgeschwächtem Grad findet man diese Mischzustände auch bei der Zyklothymie. Das sind die Kranken, die äußerlich heiter und vergnügt erscheinen, subjektiv aber sehr unter ihren Hemmungszuständen leiden und sich mit Entschlußunfähigkeit und Insuffizienzgedanken plagen.

Oft machen sich auch nur gewisse nervöse Eigentümlichkeiten mit zyklisch hervortretender Steigerung bemerkbar. Es würde zu weit führen, wollten wir hier alle möglichen Kombinationen schildern. Auch von der Zyklothymie gilt eben, daß die Natur nicht schematisiert, sondern daß sie auch im Seelenleben die mannigfachsten Übergänge und Variationen bei Erkrankungen schafft.

— · —

Diese Übergänge finden wir auch zu anderen Krankheitsbildern, und dadurch wird nicht selten die Diagnose dieser Grenzfälle sehr erschwert.

Die ausgesprochenen Fälle von Zyklothymie sind, namentlich wenn erbliche Belastung vorliegt und bereits mehrere Anfälle der einen oder anderen Phase vorausgegangen sind, leicht zu erkennen. Daß sie seither vielfach den funktionellen Neurosen, der Neurasthenie und Hysterie,

[1]) loc. cit.

zugerechnet wurden, lag wohl weniger an der Schwierigkeit der Diagnosenstellung, als darau, daß die Keuntnis des Krankheitsbildes der Zyklothymie bis dahin noch nicht Allgemeingut der Ärzte war.

Wirkliche Schwierigkeiten könuen sich darbieten, wenn es sich um den ersten auftretenden Anfall handelt. Differentialdiaguostisch kommen in Betracht: Neurasthenie, besonders die mit Entartungssymptomen einhergehenden koustitutionellen Formen, Hysterie, progressive Paralyse. Auch nach der Seite der physiologischen Stimmungslabilität einerseits, nach der Richtuug der ausgesprochen manisch-depressiven Psychose anderseits ist eine Abgrenzung nötig.

Es wird stets Sache des ärztlichen Taktes und der individuellen ärztlichen Erfahrung seiu, zu entscheiden, welche Fälle man noch als Zyklothymie bezeichnen soll, welche der manisch-depressiven Psychose zuzurechnen sind. Da es sich hierbei auch um praktische Konsequenzen, besonders um die Frage der Internierung in einer geschlossenen Anstalt handelt, betrachten wir als feststehende Regel, daß Patienten, dereu Benehmen in irgendeiner Weise unsozial ist und die gesellschaftlichen Formen verletzt, ferner solche, die Suizidideen, Wahn- und speziell Versündigungsideen äußern und stärkere Angstaffekte zeigen, an den Psychiater zu verweisen sind. Fälle ohne diese Symptome sind der Zyklothymie zuzuzählen und werden, wie wir häufig zu sehen, Gelegenheit haben, auch von den ersten klinischen Lehrern der Psychiatrie offenen Sanatorien zugewiesen.

Bei zyklischer Verstimmung, häufiger noch im hypomanischen Stadium, kann die Differentialdiagnose gegenüber der progressiven Paralyse in Frage kommen, namentlich wenn der erste Anfall in das vierte oder fünfte Lebensdezenninm fällt. Gemeinsam ist beiden Zuständen oft die gehobene Stimmung und die daraus resultierende Überschätzung der eigenen Persönlichkeit uud der eigenen Leistungsfähigkeit mit ihren Konsequenzen. Das Auftreten somatischer Symptome und deutlicher Urteilsschwäche entscheiden zugunsten der Paralyse. In zweifelhaften Fälleu kann die Zytodiagnose in Frage kommen. — Die leichten Formen der Zyklothymie gehen oft, wie schon oben betont wurde, ganz unmerklich in gewisse Entartungszustände über, wie wir sie bei den psychopathisch Minderwertigen finden, konstitutionelle Verstimmung, Zwangszustände usw., Erkrankungsformen, die ja nicht selten ebenfalls mit gewissen regelmäßigen Schwankungen der Gemütslage, der Lebensauffassung und des Handelns verbunden sind. Hier ist oft eine exakte Differentialdiagnose nicht möglich, und wir können manchmal nur von zyklisch hervortretenden psychisch nervösen Eigentümlichkeiten sprechen.

Mit den Depressionszuständen, wie sie bei erworbener Überarbeitungs**neurasthenie** auftreten, wird die Zyklothymie oft verwechselt. Der nervös Erschöpfte und Überreizte ist herabgestimmt, weil er tatsächlich eine, allerdings meist vorübergehende, Verminderung seiner geistigen Leistungsfähigkeit merkt. Der depressive Affekt des Neurasthenikers entsteht, wie Friedmann[1]) mit Recht hervorhebt, nicht primär, „sondern sekundär aus real begründeten hyperästhetisch aufgenommenen Sorgen". Seine Stimmung bessert sich gewöhnlich rasch, wenn er frei von den Pflichten des Berufs bei entsprechender Ablenkung ausspannen und sich erholen darf, und wenn die Sorgen, die auf ihm lasteten, beseitigt werden. Der zyklisch Deprimierte hat das Gefühl der Insuffizienz, der Schwere und Hemmung ohne irgendwelche klare Begründung. Er kennt keine Ursache für seine ihm selbst oft unerklärliche trübe Stimmung. Bei dem Neurastheniker erzeugen die reizenden und erschöpfenden Momente den Depressionszustand, bei dem zyklisch Veranlagten dienen sie nur als Auslösung. Ablenkung und Ausspannung mildern danach die Beschwerden des Zyklothymen meist zunächst nicht, sondern der Umgang mit anderen steigert sie oft noch. So erlebt man es nicht selten, daß Zyklothyme nach der Entfernung aus den häuslichen Verhältnissen sich zunächst weniger wohl fühlen als zu Hause.

Am häufigsten begegnet man der Verwechslung zyklischer Störungen mit hysterischen Zuständen. Die Kranken werden als hysterisch-launenhaft angesehen, namentlich wenn die einzelnen Phasen zyklischer Erregung und Hemmung rasch aufeinander folgen, oder wenn Mischzustände psychischer Hemmung mit heiterer Stimmung bestehen. Abgesehen von dem Nachweis somatischer Stigmata ist nach Kraepelin besonders bedeutungsvoll das Überwiegen einzelner Gefühlsausbrüche gegenüber dem allgemeinen hypomanischen Drang nach Bewegung und Betätigung, das Fehlen von Ideenflucht bei Hysterischen und der Umstand, daß die hysterischen Aufregungszustände meistens nach ganz kurzer Dauer schwinden.

Immerhin muß zugegeben werden, daß die Abgrenzung der Zyklothymie gegen Hysterie in manchen Fällen große Schwierigkeiten bereiten kann, zumal da nicht selten Übergänge zwischen psychogenen und zyklothymen Zuständen vorkommen, was leicht verständlich ist, da Hysterie sowohl wie Zyklothymie Erscheinungsformen des Entartungsirreseins sind.

Bei der Besprechung der Prognose der Zyklothymie können wir uns kurz fassen.

Der einzelne Anfall bietet günstige Aussichten für den Ausgang, die zyklische konstitutionelle Disposition dagegen bleibt bestehen, so

[1]) Friedmann. Über neurasthenische Melancholie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie. Bd. XV.

daß wir danach die Krankheit als solche als unheilbar betrachten müssen. In welchen Intervallen sich die Anfälle wiederholen werden, können wir bei der großen Mannigfaltigkeit des Krankheitsbildes nicht vorher sagen, wohl aber sind wir häufig in der Lage, nach Kenntnis vorausgegangener Anfälle aus den Prodromalerscheinungen annähernd unsere Schlüsse auf den weiteren Verlauf eines neuen Anfalls zu ziehen. Häufig schwächen sich die Anfälle immer mehr ab. Nicht ausgeschlossen ist allerdings, daß die Zyklothymie bei einer weiteren Attacke auch einmal in ausgesprochen manisch-depressive Psychose übergeht, deren Anfälle ja bekanntlich bezüglich des Abklingens der einzelnen Phase ebenfalls im ganzen eine günstige Prognose bieten.

Bezüglich der Verheiratung Zyklothymkranker gilt, daß sie die Nachkommenschaft nicht minder gefährdet als die Ehe solcher, die an den schweren Formen der ausgesprochenen manisch-depressiven Psychose leiden, namentlich dann, wenn beide Teile abnorm sind.

*Therapeutisch* kommen vor allem einmal die Prophylaxe im Kindesalter in Betracht, besonders bei Kindern, die von zyklothymen Eltern abstammen; sodann die Überwachung der Jugend im Pubertätsalter, bei Mädchen die Regelung des ganzen Verhaltens z. Z. der Menses. Nervös veranlagte Mädchen sollten während des Unwohlseins unbedingt ein bis zwei Tage zu Bette bleiben, um zyklischen Störungen vom menstruellen Typus vorzubeugen. Wenn wir auch leider bei der auf konstitutioneller Basis beruhenden Zyklothymie nicht in der Lage sind, wie bei der erworbenen Neurasthenie durch kausale reizmildernde Behandlung den Krankheitsprozeß direkt zu beeinflussen, so vermögen wir doch durch sachgemäße Überwachung und Behandlung unseren Kranken ganz wesentlich zu nützen. Steht bei einem Menschen die Diagnose der Zyklothymie fest, so muß die ganze Lebensführung, so gut es die äußeren Verhältnisse gestatten, nach ärztlichen Gesichtspunkten geregelt werden. Aufgabe des Hausarztes ist es, in bezug auf die Hygiene der Arbeit und die Hygiene des Vergnügens dem Kranken beratend zur Seite zu stehen.

Ist es zu zyklischen Erregungs- oder Hemmungszuständen gekommen, so wird man am besten den Patienten aus seinen beruflichen und häuslichen Verhältnissen herausnehmen. Besonders wird dies nötig, wenn sich Depressionszustände entwickelt haben. Es ist verkehrt, derartige Patienten *„zur Zerstreuung“* auf Reisen zu schicken. Meist empfinden sie dann ihre eigene Unzulänglichkeit noch mehr, fühlen sich tief unglücklich und werden kränker als sie waren. *Man überweise vielmehr die Patienten*, sofern nicht nach den oben angeführten Gesichtspunkten eine geschlossene Anstalt in Betracht kommt, *an offene Sanatorien*, gebe ihnen, wenn möglich, eine sympathische Begleitperson mit, verordne dauernde Bettruhe oder wenigstens bis gegen Mittag und abends nach dem Essen, viel Aufenthalt im Freien ohne

größere Anstrengung, kräftige Ernährung, Vermeidung aller psychischen Insulte. Unterstützend können Packungen und protrahierte laue Vollbäder mit etwas kühleren Übergießungen wirken. Dringend zu warnen ist vor aller Polypragmasie und vor dem moral treatment, das sich wohl für Hysterische eignet, bei den gehemmten Zyklothymen aber meist zu völligem Fiasko führt. Schwinden die Hemmungen allmählich, so kommen Ablenkung durch leichte Lektüre und geeignete Beschäftigung, jedoch zunächst ohne eigene Verantwortlichkeit und später erst systematische Erziehung zur Arbeit in Betracht.

Von Medikamenten dürfte bei den hierher gehörigen Fällen Opium nur selten in Frage kommen. Gerne gebe ich in den frühen Morgenstunden Codein, dessen Kombination mit Chinin sich mir in manchen Fällen sehr bewährt hat, und abends Brom; auch vor gelegentlicher Darreichung stärkerer Schlafmittel schene man nicht zurück. Bei der großen Bedeutung, welche man der Zunahme des Körpergewichts bei diesen Zuständen beilegen muß, erscheint es gewiß gerechtfertigt, daß man eine rationelle, d. h. eine unter Schonung des Magens vorgenommene Überernährung einleitet und diese ev. durch interne oder subkutane Darreichung kleiner Dosen Arsen unterstützt.

Sehr wichtig ist es, daß man dem Patienten viel Zeit widmet und ihm immer wieder Gelegenheit gibt, sich ausführlich dem Arzt gegenüber auszusprechen. Alle diese Patienten bedürfen einer Stütze; sie suchen ihren Halt an dem Arzt, zu dem sie Vertrauen gefaßt haben. In vielen Fällen ist es gewiß richtig, die Kranken über die Natur ihres Zustandes aufzuklären. Beruhigend wirkt es meist schon, wenn der Patient aus den Äußerungen des Arztes entnimmt, daß dieser seinen Zustand und das ganze Krankheitsbild, das ja trotz großer Mannigfaltigkeit doch immerhin eine gewisse Stereotypie der Klagen und des Verlaufs aufweist, genau kennt. Die mit voller Bestimmtheit gegebene Versicherung, daß die Prognose des einzelnen Anfalls durchaus günstig ist, hat schon manchen zyklisch Deprimierten wieder für einige Zeit getröstet und aufgerichtet. Jedenfalls steht der Psychotherapie bei der Behandlung der Zyklothymie ein weites Feld offen.

Auf einen nicht unwichtigen Punkt möchte ich noch kurz hinweisen. Wurde die depressive Phase dadurch ausgelöst, daß sich der Patient vor irgendeine Entscheidung gestellt sah (Verlobung, Verkauf eines Geschäftes usw.), so darf nach meiner Erfahrung diese Entscheidung niemals fallen, solange der Kranke noch nicht genesen ist. Vorzeitige Entschließungen sind sonst stets eine Quelle neuer Grübeleien und neuer Selbstvorwürfe.

Auf die forensische Bedeutung der Zyklothymie hier einzugehen liegt keine Veranlassung vor.

II.

# Die Bedeutung der Fürsorgeerziehung für die Behandlung und Versorgung von Schwachsinnigen.

Von **Dr. L. Laquer**, Nervenarzt, Frankfurt a. M.

Während ich mich in den früheren Ausführungen über die Versorgung von Schwachsinnigen vorzugsweise mit der Behandlung von solchen Schwachsinnigen beschäftigt habe, die keine wesentliche und dauernde Neigung zu gesetzwidrigen Handlungen an den Tag legen, muß ich an letzter Stelle noch in kurzen Zügen jener beträchtlichen Zahl von Debilen und Imbezillen gedenken, die früher oder später der Kriminalität verfallen, die antisozial werden. Ihre Erziehung und Versorgung macht naturgemäß die größten Schwierigkeiten. Eine gesetzliche Regelung der dazu notwendigen Maßnahmen erwies sich allmählich als dringlich.

Am 2. Juli 1900 war das preußische Fürsorgeerziehungsgesetz („FEG.") erlassen worden; am 2. April 1901 ist es in Kraft getreten. Man erhoffte von diesem Gesetz in pädagogischer und sozialer Hinsicht eine Erleichterung. Wenige Monate später wurde ich als Schularzt von dem Frankfurter Vormundschaftsgericht wegen einiger Fälle von intellektuell bzw. moralisch schwachsinnigen Schulkindern zu Rate gezogen, für die die Fürsorgeerziehung beantragt worden war. Infolgedessen sah ich mich veranlaßt, in einem Vortrage auf der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Jena im Jahre 1903 und in einer größeren Arbeit in der „Vierteljahresschrift f. gericht. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen" die Notwendigkeit einer Mitwirkung der Ärzte, vor allem der Nerven- und Irrenärzte, bei der Ausführung des Fürsorgeerziehungsgesetzes vor und nach der richterlichen Beschlußfassung über das Fürsorgeerziehungsverfahren als dringend zu betonen. Ich bedauerte damals die durch die bekannten Entscheidungen des Kammergerichts bewirkte Zurückschiebung vieler Fürsorgekandidaten aus dem Wirkungskreise der „Fürsorgeerziehung" in die Obhut der Armenverwaltungen und Landesbehörden, die wenig Mittel und Wege hätten, die Menge der krankhaften Elemente, der Belasteten, der

Degenerierten und Imbezillen unter den sittlich Gefährdeten so unterzubringen, solange — ihre Macht reicht nur bis zum 14. Lebensjahre — und so streng zu verwahren und vor allem so zu erziehen, daß der Zweck des Gesetzes: eine Verhütung der zunehmenden Kriminalität, gewerblicher Unzucht, der Vagabondage unter den Jugendlichen erreicht würde. — Infolge dieser Auffassung des Gesetzes durch die höchsten Richter in Preußen würden — so führte ich damals aus — die vortrefflichen humanen Gedanken der Gesetzgeber leider nicht zur Geltung gebracht. Die sozialpolitische Bedeutung der Fürsorgeerziehung, welche anfangs nicht nur von den Irrenärzten und Schulärzten, sondern von der gesamten Bevölkerung mit großer Begeisterung begrüßt wurde, erlitte dadurch eine sehr wesentliche Einschränkung. Ich erfreute mich nach meinem Jenenser Vortrag der wohlwollenden Zustimmung vieler Fachgenossen, besonders von Moeli und Neißer.

Es sind inzwischen amtliche zahlenmäßige Zusammenstellungen über die Durchführung der preußischen Fürsorgeerziehungsgesetze veröffentlicht worden, aus denen hervorgeht, daß die Zahl der der Fürsorgeerziehung Überwiesenen im ersten Jahre der Geltung des neuen Gesetzes 7787 betrug; das zweite Jahr (1. April 1902—1903) brachte allerdings einen Rückgang auf 6196, d. h. um 20%. — Im ersten Jahre war aber, so sagt der Bericht selbst, unter den vorhandenen gefährdeten und verwahrlosten Jugendlichen gewissermaßen — aufgeräumt worden; auch die Eltern, denen vielfach mit der Fürsorgeerziehung ihrer Kinder gedroht wurde, bemühten sich mit mehr Erfolg um sie. Endlich aber hatte die Rechtsprechung des Kammergerichts, das bekanntlich in der Anwendung der Fürsorgeerziehung nur eine subsidiäre Maßregel sieht, hemmend sowohl auf die Stellung der Anträge als auf Anordnung der Fürsorgeerziehung durch die Vormundschaftsgerichte eingewirkt. Diesem Grunde würde, so heißt es in dem genannten Bericht, eine so große Bedeutung beigemessen, daß eine Änderung des Gesetzes für notwendig gehalten wird, wenn nicht seine volle Wirkung in Frage gestellt sein soll.

Die Fürsorgeerziehung ist gewissermaßen eine Staatserziehung. Zu dem „Schulzwang“ ist unter gewissen Umständen in Preußen und in etwas veränderter Form auch im übrigen Deutschland der „Erziehungszwang“ getreten. Die Fürsorgeerziehung betrifft Minderjährige ohne untere Altersgrenze bis zum 18. Lebensjahre und kann bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden. Zwei Drittel der Kosten dieser Erziehung trägt der Staat, ein Drittel die Selbstverwaltung.

Nicht bloß 1. bei schuldhaftem Verhalten der Eltern nach § 1666 und § 1838 des BGB. kann die Fürsorgeerziehung eintreten; sie ist in Preußen noch unter zwei weiteren Voraussetzungen möglich: nämlich

2. wenn der Minderjährige vor Ablauf des zwölften Lebensjahres, also in noch nicht strafmündigem Alter, eine Straftat begangen hat und zur Verhütung weiterer sittlicher Verwahrlosung die Fürsorgeerziehung in Anbetracht der Schwere der Strafhandlung und wegen seiner äußeren Lebensverhältnisse erforderlich erscheint — und endlich 3. wenn die Fürsorgeerziehung außer diesen Fällen wegen Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung der Eltern oder sonstigen Erzieher oder der Schule zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens notwendig ist.

Die letztgenannte Bestimmung ist eine wichtige und weitgehende Neuerung gegenüber den alten gesetzlichen Maßnahmen der Zwangserziehung, die nur Minderjährige zwischen dem sechsten und zwölften Jahre traf, soweit sie eine Straftat begangen hatten, für die sie wegen ihres jugendlichen Alters nicht bestraft werden konnten. Weil aber die vorher erwähnte Voraussetzung zur Fürsorgeerziehung erst eintreten soll, falls die üblichen Erziehungsfaktoren sich als unzulänglich erwiesen und das sittliche Verderben des Minderjährigen nicht aufzuhalten vermochten, — erweckt sie auch ein psychiatrisches Interesse: es werden zweifellos viele krankhaft veranlagte Individuen — vor allem Debile und Imbezille — dieser Wohltat des neuen Gesetzes teilhaftig werden. Denn schon unter dem alten Regime fand Mönkemöller, daß von den noch nicht 25 Jahre alten Insassen der Zwangserziehungsanstalt zu Lichtenberg bei Berlin nahezu die Hälfte an angeborenen psychischen Defektzuständen — fast ein Drittel an angeborenem Schwachsinn litt: von den 200 untersuchten Knaben nicht weniger als 68. — Nur 83 Zöglinge konnte M. als normal bezeichnen.

Ferner untersuchte Bonhöffer 190 Prostituierte des Breslauer Strafgefängnisses: von diesen waren 6 Idioten und 53 schwachsinnig.

Es ist also für den Psychiater — auch nach den erweiterten legislatorischen Voraussetzungen — gar kein Zweifel, daß unter den Fürsorgeerziehungskandidaten die Debilen und Imbezillen in ganz beträchtlicher Zahl vertreten sind. Nach den amtlichen Zählungen kommen zu den oben genannten Zahlen noch 6523 (1903) und 6458 (1904), so daß im ganzen 27000 Jugendliche den verderblichen Einflüssen entrückt sind. Zwei Drittel davon sind männlichen, ein Drittel weiblichen Geschlechts.

Und in der Tat handelte es sich in jenen Fällen, wo ich in Frankfurt a. M. in die Lage kam, mich gutachtlich vor Gericht über die Frage der Notwendigkeit der Fürsorgeerziehung zu äußern, um schwachsinnige Schulkinder bzw. Hilfsschulzöglinge, die aus äußeren oder aus inneren Gründen sittlich zu verfallen drohten und darum unter Berufung auf pädagogische und ärztliche Begutachtung von den Gemeinde- bzw. Schulbehörden zur Fürsorgeerziehung vorgeschlagen worden

waren. Der Vormundschaftsrichter konnte dabei den Arzt, dessen schulärztliche Meinung bereits in den Akten stand, kaum umgehen, was sonst gewöhnlich der Fall zu sein scheint. Da hat sich aber gleich zu Anfang manche forensische Schwierigkeit ergeben. Den ersten prägnanten Fall habe ich selbst in den genannten Publikationen beschrieben, soweit er noch der Rechtsprechung der *ersten* Instanz, des Vormundschaftsgerichts, oblag. Ich gebe hier den weiteren Verlauf dieses Fürsorgeerziehungsprozesses wieder, weil er bis in die höchste Instanz durchgeführt und zu einem im psychiatrischen Sinne erfolgreichen Ende gebracht worden ist.

Es handelte sich u. a. um einen damals 13 Jahre alten Schulknaben von mäßiger Begabung, der erblich besonders kriminell schwer belastet war; denn beide Eltern, die sich jetzt eines guten Leumunds und guter bürgerlicher Stellung erfreuen, waren wegen Eigentumsvergehens in ihrer Jugend vorbestraft. — Er war behaftet mit einer moralischen Schwäche hohen Grades, die sich, wie noch weiter zu zeigen sein wird, schon in sehr früher Kindheit entwickelt hatte.

Da lautete die Frage des Vormundschaftsrichters: „Liegt bei dem Betreffenden eine *mangelhafte Charakteranlage* oder eine *Geisteskrankheit* vor, welche die vorliegende *Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung* von Schule und Haus erklärt und völliges sittliches Verderben befürchten läßt?“ Bejahen wir, so belehrte mich der Richter, die Frage der Geisteskrankheit, so muß das Gesetz vom 11. Juli 1891 zur Anwendung kommen, nach welchem bekanntlich die Armenverbände verpflichtet sind, für Verwahrung, Kur und Pflege der *hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten* usw. in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Ich entschied mich aus praktischen bzw. prophylaktischen, weniger aus klinischen Gründen dafür, die Geisteskrankheit hier zu verneinen und eine „*schlechte Charakteranlage*“ als vorliegend zu erachten; ich hoffte damit die meines Erachtens notwendige rasche Verbringung des Knaben in Fürsorgeerziehung bei dem Richter durchzusetzen. Die „Zurechtknetung“ eines solchen *forensischen Grenzfalles* hat mir leider nichts genützt. Der Richter glaubte nicht recht an die Dringlichkeit des Falles, verschob seine Entscheidung und überließ den Eltern die Unterbringung des Knaben bei einem Lehrer auf dem Lande. Von dort entwich er sehr bald, bedrohte, zu Hause angelangt, die Mutter mit einem Messer in tobsuchtartigem Affekt und kam in die Frankfurter Irrenanstalt, welche ihn nunmehr als schwachsinnig und gemeingefährlich dauernd verwahrt. Die hier aufgeworfene Streitfrage, ob ein Fürsorgekandidat als charakterschwach oder als geisteskrank bzw. geistesschwach anzusehen sei, würde um dessentwillen, so fürchtete ich damals in Rücksicht auf die genannte kammergerichtliche Entscheidung, sehr bald eine außerordentliche Bedeutung er-

langen, denn es war bereits in einem anderen Falle tatsächlich vorher entschieden worden: Geistesschwäche eines Minderjährigen begründe nicht die Gefahr völligen sittlichen Verderbens im Sinne des § 1 Abs. 3, — diese kann durch den geistigen Mangel geradezu für ausgeschlossen erachtet werden, — wohl aber die Annahme einer Verwahrlosung im Sinne des Abs. 1, und es ist der Pfleger anzuweisen, daß er sich mit dem Landarmenverband wegen Verbringung in eine Idiotenanstalt nach dem Gesetz von 1891 ins Benehmen setze.

Aber in dem erwähnten typischen Falle von angeborenem moralischen Schwachsinn kam es nachher anders. Als die Gewaltakte vorlagen, die die Gemeingefährlichkeit des defekten Knaben bewiesen, wurde nunmehr endlich vom Vormundschaftsrichter — es war auch inzwischen ein Wechsel in der Person eingetreten — die Fürsorgeerziehung ausgesprochen. Jetzt widersetzten sich die Eltern, die anfangs eine anderweitige Unterbringung des Knaben gutgeheißen hatten. Sie hatten aber in zwei weiteren Instanzen keinen Erfolg. Auch das Königliche Kammergericht hielt die Meinung des Vorderrichters aufrecht aus folgenden Gründen, die von allgemeiner ärztlicher Bedeutung sind. Es heißt in dem Kammgerichtsurteil:

Das Amtsgericht Fr. hat den fünfzehnjährigen Sohn des N. N. auf Grund des § 1 Nr. 2 FEG. der Fürsorgeerziehung überwiesen.

Die von dem Vater eingelegte sofortige Beschwerde ist zurückgewiesen worden. Das Landgericht erklärt auch die Voraussetzungen der Nr. 3 a. a. O. für vorhanden.

Hiergegen richtet sich die sofortige weitere Beschwerde des Vaters des Minderjährigen, der der Erfolg zu versagen war, da die Feststellung der Voraussetzungen des § 1 Nr. 3 FEG. ohne erkennbare Gesetzesverletzung getroffen ist. Das Beschwerdegericht erachtet in Übereinstimmung mit dem Vormundschaftsgerichte für erwiesen, daß sich der Minderjährige, seitdem er im Juli 1898 schwer an Scharlach und Diphtheritis und im Januar 1899 an einem hartnäckigen Darmkatarrh erkrankt war, in seinem Charakter erheblich verschlechtert hat und daß diese Entwicklung trotz Ermahnungen und Züchtigungen seitens seines Vaters immer weiter fortgeschritten ist. Der Knabe versäumte den Schulunterricht, verließ die Schule, wenn er ihr zugeführt wurde, trieb sich bis in die Nacht hinein auf den Straßen herum, unternahm Reisen nach auswärts, machte seine Schularbeiten nicht, log, verschenkte notwendige Kleidungsstücke, suchte schlechte Gesellschaft auf und verübte allerhand Missetaten. Vom Fenster aus begoß er die Vorübergehenden mit Wasser. In einer Kirche warf er Fensterscheiben ein. In den öffentlichen Anlagen riß er Pflanzen aus und tauschte sie gegen Zuckerzeug ein. Ferner bettelte er unter frechen Vorwänden. Mit einem anderen Knaben zusammen versuchte er wiederholt, Waarenautomaten mit einem falschen Schlüssel zu öffnen oder zu erbrechen, um sie zu berauben. Bei einem Bekannten seiner Eltern lieh er sich zehn Mark unter der unwahren Angabe, daß seine Mutter das Geld brauche; er kaufte sich dafür zwei Pistolen und Munition. Infolge dieses vom Minderjährigen eingestandenen, von seinen Angehörigen und Lehrern bestätigten Verhaltens brachte ihn sein Vater im August 1902 auswärts bei einem Lehrer und am 1. Dezember 1902 in der unter Leitung des Dr. Sioli stehenden städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. unter, wo er sich noch befindet. Dr. Sioli berichtet, daß er sich nicht

geändert hat und auch in der Anstalt fortwährend zu unsozialen, die allgemeine Ordnung beeinträchtigenden Streichen neigt.

Der Beschwerdeführer zieht die Richtigkeit dieser dem Akteninhalt entsprechenden tatsächlichen Feststellungen nicht mehr in Zweifel, ist aber der Ansicht, daß der Minderjährige für seine Handlungen nicht verantwortlich gemacht werden könne, weil er sich bei ihrer Begehung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe und daß er sich jedenfalls gegenwärtig in einem solchen Zustande befinde. Dieses Vorbringen ist erheblich, weil, wenn es zutreffend ist, von einem sittlichen Verdorbensein, wie es § 1 Nr. 3 (und Nr. 2) FEG. voraussetzt, nicht die Rede sein kann. Es wird aber noch nicht dadurch bewiesen, daß der Knabe zurzeit in einer Irrenanstalt untergebracht ist und daß ihn der Leiter der Anstalt, Dr. Sioli, wegen seiner Gemeingefährlichkeit nicht ohne polizeiliche Genehmigung entlassen will. Es wird vielmehr durch die gutachtlichen Äußerungen des Dr. Sioli vom 11. Januar 1904 und der praktischen Ärzte Dr. Laquer und Dr. Cuno vom 29. Januar und 10. Mai 1902 widerlegt. Nach diesen Gutachten zeigt der Minderjährige allerdings gewisse moralische (ethische) Defekte, psychopathische Minderwertigkeit, einen gewissen Grad von Schwachsinn, doch fehlen alle Anzeichen dafür, daß er sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe oder befinde. Er ist erziehungsfähig und kann durch geeignete Erziehung bis zu einem gewissen Grade von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit gelangen. Es bedarf aber dazu besonderer erziehlicher Maßregeln, nämlich der Anstaltserziehung. Ohne solche ist zu erwarten, daß der Minderjährige dem sittlichen Verderben anheimfällt und sich dem Verbrechertum zugesellt. In Übereinstimmung hiermit hat ein Lehrer des Minderjährigen K. erklärt, daß er die Neigung des Knaben zu unsittlichen und verbrecherischen Handlungen nicht auf Geisteskrankheit oder Geistesschwäche zurückführe und glaube, daß der Minderjährige durch geeignete, strenge Erziehung gebessert werden könne. Es verstößt gegen kein Gesetz, wenn der Vorderrichter diesem Gutachten folgt und demgemäß feststellt, daß der Minderjährige sittlich verwahrlost ist und daß besondere erziehliche Maßregeln zur Verhütung seines völligen sittlichen Verderbens notwendig sind. Das Vorhandensein eines moralischen Defekts schließt eine solche Feststellung keineswegs aus.

Ebensowenig ist die Feststellung rechtlich zu beanstanden, daß die erziehliche Einwirkung der Eltern und sonstigen Erzieher und der Schule unzulänglich ist und daß es behufs Durchführung der erforderlichen Erziehungsmaßregeln der Anordnung der Fürsorgeerziehung bedarf. Der Vater des Minderjährigen hat diesen zwar, solange er sich im elterlichen Haushalte befand, streng erzogen, doch ist er tagsüber außerhalb des Hauses beschäftigt und daher, wenn auch ohne sein Verschulden, außerstande, seinen Sohn, wie notwendig, dauernd zu überwachen. Die Mutter des Knaben war diesem gegenüber schon früher zu schwach und nachgiebig und kommt daher, je älter der Knabe wird, um so weniger als geeignete Erzieherin in Betracht. Beide Eltern haben zugegeben, daß sie keine Gewalt über den Minderjährigen haben und haben die Unzulänglichkeit ihrer erziehlichen Einwirkung auch dadurch anerkannt, daß sie den Knaben zuerst auswärts bei einem Lehrer und dann in der Irrenanstalt untergebracht haben. Aus dieser Anstalt will der Vater den Minderjährigen entfernen, um ihn in die Lehre zu geben. Nach den angeführten Gutachten bedarf jedoch der Knabe noch der Anstaltserziehung, wenn er nicht sittlich vollständig zugrunde gehen soll. Die Unterbringung in einem Lehrlingsverhältnis ist nicht geeignet, die Anstaltserziehung zu ersetzen. Diese kann dagegen durch Anordnung der Fürsorgeerziehung herbeigeführt werden

(FEG. § 2), während nicht erhellt, wie sie sich auf anderem Wege erzielen ließe. Demgemäß ist die Schlußfeststellung des angefochtenen Beschlusses, daß die Fürsorgeerziehung wegen Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung der Eltern und sonstigen Erzieher und der Schule, die sich längst für machtlos erklärt hat, zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens des Minderjährigen notwendig ist, nicht rechtsirrig.

Da sonach die Anordnung der Unterbringung des Minderjährigen zur Fürsorgeerziehung gemäß § 3 FEG. gerechtfertigt ist, wird die weitere Beschwerde zurückgewiesen.

Es wird demnach in besonders schweren Fällen von Schwachsinn mit moralischem Defekt genügen, daß man die hochgradigen sittlichen Mängel mit ausreichenden ärztlichen Beweisen belegt, besonders auf ihre früh eingetretene Entwicklung während der Kinder- oder Schulzeit aufmerksam macht, um die Fürsorgeerziehung bei den Gerichten durchzusetzen. Wenn man es vor seinem ärztlichen Gewissen und vor seiner wissenschaftlichen Überzeugung verantworten kann, das Bestehen einer Geistesstörung (Hebephrenie usw.), einer Idiotie, Epilepsie auszuschließen, wird man, wie der vorliegende Fall zeigt, die Klippe des für die Erziehung und Versorgung von Imbezillen unbrauchbaren Armenfürsorgegesetzes von 1891 leicht umgehen können. Hier müßte auch der Gutachter mit aller Macht bestrebt sein, die Gefahr des kriminellen Verfalles zu verhindern, da die Eltern gewöhnlich in törichter Verblendung gerade in den kritischen Jahren der Pubertät bei ihren krankhaft veranlagten Kindern die einzig noch wirksame Anstaltsbehandlung hintertreiben.

Andererseits steht bei diesen Streitigkeiten um die Fürsorgeerziehung vielfach im Vordergrund die Frage der Erziehungskosten, die in den Fürsorgeerziehungsfällen zu zwei Drittel vom Staat, zu einem Drittel von dem Kommunalverband — in den Armenfürsorgefällen dagegen von den zumeist weniger leistungsfähigen Ortsarmenverbänden getragen werden müssen.

Ein solcher Fall lag vor bei einem andern Knaben, der außerordentlich früh moralische Defekte schwersten Grades darbot, aber aus weniger bemittelten Ständen stammte, als der vorhergehende.

„In Sachen der Fürsorgeerziehung des am 26. Oktober 1892 geborenen Schülers Heinrich B.

Fürsorgeerziehungsgesetz vom 2. Juli 1900 § 1 Abs. 3. Angeborener Schwachsinn (Imbezillität) ist im Sinne des BGB. keine eigentliche Geisteskrankheit, sondern Geistesschwäche, welche, insofern sie auf intellektuellem und ethischem Gebiet beruht, wegen Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung der Eltern, Erzieher oder Schule zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens die Fürsorgeerziehung notwendig machen kann.

Die vierte Zivilkammer des Landgerichts Frankfurt a. M. hat auf sofortige Beschwerde des Magistrats (Waisen- und Armenamt) dahier gegen den Beschluß des Amtsgerichts, Abteilung II zu Frankfurt a. M. vom 20. Oktober 1903 in der Sitzung vom 8. Dezember 1903 den angefochtenen Beschluß aufgehoben und den am 26. Oktober 1892 geborenen Schüler Heinrich B. der Fürsorgeerziehung überwiesen.

Gründe.

Der Vorderrichter hat zwar für erwiesen erachtet, daß der Junge die Schule häufig schwänzt, daß er sie selbst, wenn er zur Schule gebracht wird, wieder verläßt, daß er die Schulbücher verkauft hat, daß er mehrfach gestohlen und betrogen bzw. zu betrügen versucht hat und daß er onaniert; und er hat auch offensichtlich nicht verkannt, daß weder die Eltern noch die Schule in der Lage sind, irgendwie auf den vollkommen verstockten Jungen einzuwirken, er hat aber von der Anordnung der Fürsorgeerziehung, trotzdem Abstand genommen, weil er auf Grund des Gutachtens des Dr. R. den Jungen für krank und somit ärztlicher Behandlung, nicht aber für verwahrlost und demgemäß erziehungsbedürftig erachtet. Nachdem aber das seitens des Dr. med. Laquer erstattete, mit dem Gutachten des Dr. W. im Ergebnis übereinstimmende ausführliche Obergutachten den Minderjährigen nicht für krank und behandlungsbedürftig, sondern für sittlich verwahrlost und erziehungsbedürftig erklärt und das Gericht sich diesem Gutachten angeschlossen hat, so war, da bei der sittlichen Verwahrlosung des Knaben und der Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung der Eltern und der Schule nur die Fürsorgeerziehung imstande ist, den Jungen vor völligem sittlichen Verderben zu behüten, die Voraussetzung des § 1 Ziff. 2 und 3 FEG. für vorliegend zu erachten und demgemäß unter Aufhebung des angefochtenen Beschlusses wie geschehen, zu erkennen." — Das erwähnte von mir stammende Obergutachten, das auf Veranlassung des Landgerichts in der „Frankfurter juristischen Rundschau" abgedruckt wurde, über die Frage: ob das Verhalten des H. B. (Schulschwänzen, Entwendungen usw.) eine Folge geistiger Erkrankung ist und der Junge entsprechender „ärztlicher Behandlung" bedarf (Dr. R.), bzw. ob das Verhalten nicht durch Krankheit herbeigeführt und daher „Erziehung" geboten ist (Dr. W.), lautete:

Am 11. bzw. 15. August 1903 zeigte die Auslaufersehefrau Dorothea B. der Polizei an, daß ihr am 26. Oktober 1892 zu Frankfurt a. M. geborener, also im zwölften Lebensjahre stehender Stiefsohn Heinrich B. am 10. August 1903 sich aus der elterlichen Wohnung ohne Erlaubnis entfernt habe und sich in Mainz bei seiner Tante aufhalte, sie bitte um Zuführung desselben; auch habe derselbe einer in der Haidestraße wohnenden Witwe Sp. am gleichen Tage eine Geldbörse mit 13 Mark gestohlen.

Am 20. August von der Polizei eingeliefert, gab B. den Diebstahl und den Verbrauch des Geldes zu.

Am 19. September 1903 stellte der Polizeipräsident von Frankfurt a. M. für den genannten H. B., Schüler der Brentanoschule, Sohn des Auslaufers Jakob B., den Antrag auf Fürsorgeerziehung mit folgender Begründung: Er besuche seit den Ferien keine Schule, er entferne sich heimlich, auch wenn er polizeilich ihr zugeführt würde, verkaufe die Schulbücher, vernasche den Erlös; er habe bei der genannten Frau Sp. im Namen seiner Mutter ohne deren Auftrag Geld borgen wollen und, da ihm nichts gegeben wurde, ein Portemonnaie mit fünf Mark entwendet; bei einer Frau Axmann habe er ohne Auftrag fünf Mark entliehen und für sich verbraucht.

Der Rektor der Brentanoschule schloß sich aus gleichen Gründen dem Antrag vom 7. August 1903 an, ebenso der Pfarrer K., der die Erziehungsanstalt

Marienbausen empfahl. Die vom Amtsgeriebt vernommenen Zeugen Spengler und Axmann bestätigten die genannten Diebstähle. Der Lehrer bekundete den Hang zum Schwänzen, den Verkauf der Schulbücher usw. Stelle man den Knaben zur Rede, so macbe er ein stupides Gesicht, gebe entweder gar keine Antwort, oder erwidere nur in abgerissenen Sätzen — er sei fortgewesen usw.

Die Eltern gäbea sich um ihn Mühe, hätten aber keinen Einfluß auf den Knaben, da er ihnen wegläuft und stunden-, ja tage- und nächtelang sich herumtreibt. — Seine Schulleistungen wären sebr zurückgegangen. Die Eheleute B. bitten, ihn in Fürsorgeerziehung unterzubringen, da sie mit ihm, besonders seit den Sommerferien, nichts ausrichtea könntea; auch onaniere er und sei von den Ärzten der Poliklinik für Nervenkrankheit, Bleichstraße 43, für körperlich und geistig nicht normal erklärt worden. — Darauf seien auch seine Diebstähle zurückzuführen.

Auf Ersuchen des Amtsgerichts erklärte Dr. R.: H. B. sei obne Frage geistig abnorm und befinde sich zurzeit in einem Zustande einer krankhaften Aufregung. Solange diese bestehe, sei er als geistig krank zu betrachten, damit aber das Objekt einer ärztlichen Behandlung und nicht einer Anstaltserziehung.

Auf dieses Gutachten zog der Polizeipräsident am 30. September 1903 seinen Antrag auf Fürsorgeerziehung zurück, da das Amtsgericht annahm, daß H. B. als geistig krank zu betrachten sei.

Nacb einer gutachtlichen Äußerung vom 8. Oktober 1903 von Dr. W. erschien aber die Unterbringung in einer Anstalt für verwahrloste Knaben angezeigt, da eine besondere Lust zum Vagabondieren bestehe und Aufnahme in einer Irrenanstalt nicht gerechtfertigt sei. — Das Waisen- und Armenamt stellte darauf von neuem Antrag auf Fürsorgeerziehung, da die erstgenannte Anstaltsbehandlung nicht Sache der Armenpflege sei.

Das Amtsgericht stellte sich auf den Standpunkt, daß hier nicht Erziehung zur Verhütung von Verwahrlosung, sondern Behandlung in einer Anstalt wegen geistiger Erkrankung notwendig sei und darum dem Sinne und Wortlaut des Gesetzes nacb auf Fürsorgeerziehung nicht erkannt werden könne. — Es wies darum den Antrag am 20. Oktober 1903 zurück.

Gegen diesen Beschluß erhob das Waisen- und Armenamt Beschwerde, indem es betonte, daß der Sinn des Dr. W.'schen Gutachtens anders ausgelegt werden müßte: Die Anstaltsbehandlung sollte eben keine ärztliche, bzw. psychiatrische, sondern eine erzieherisch-pädagogische sein. Die Irrenanstaltsbehandlung sei von Dr. W. geradezu für unzweckmäßig erklärt worden. Da das dem Gutachten Dr. R.s aber widerspreche, so wurde um Einholung eines Obergutachtens gebeten.

Aus beiden angeführten ärztlichen Gutachten war übrigens nicht ersichtlich, ob die betreffenden Ärzte den Knaben H. B. selber untersucht hatten.

Meine Erkundigungen bei Dr. S., dem Schularzt der Brentanoschule, und eine Einsicbt in den dort von ihm über H. B. seit seiner Aufnahme geführten sog. „Gesundheitsschein“ ergabea, daß er beim Sprechen anstoße, schon seit längerer Zeit schlecht aussähe und masturbierte. — Er sei geistig schwach, fehle seit Ostern 1903 beständig in der Schule, treibe sich auf der Straße herum, brenne, durcb die Polizei zur Schule gebracht, wieder durch, in seinen Leistungen sei er in letzter Zeit sehr zurückgegangen, sei stupide, starre vor sich hin, gebe auf Fragen kaum Antwort, hätte aber noch niemals verworrenes Zeug gesprochen; die Onanie scbeine seit eineinhalb Jahren zu bestehen; der Zustand sei als „kindlicher Schwachsinn“ zu bezeichnen. Von dritter Seite wurde väterlicherseits erbliche Belastung mitgeteilt.

Er wurde in den letzten Wochen wegen Umzugs der Eltern nach der Königsstraße 22 in Bockenheim der Varrentrappschule überwiesen, aber, wie aus einem vom 30. November a. c. datierten Schreiben des Rektors an mich hervor-

geht, durch den Stadtarzt Geh. Rat Dr. Sp. wegen Geistesschwäche und moralischer Verkommenheit bis Ostern vom Schulbesuch dispensiert. — Er sei, so erwähnt der Rektor weiter, nunmehr ganz und gar der geistigen und sittlichen Verwahrlosung preisgegeben.

Am 27. November 1903 ist mir der B. von seiner Stiefmutter auf mein Ersuchen zur Untersuchung zugeführt worden. Der Vater sei ein gesunder Mann, dem Trunke nicht ergeben, die Mutter sei an Lungenschwindsucht gestorben. Zwei rechte Geschwister von ihm aus erster Ehe seien Krämpfen und Skrofulose in jungen Jahren erlegen. Ein Sohn von vier Jahren aus zweiter Ehe, der mit kam ist körperlich völlig gesund und geistig normal, wovon ich mich durch Augenschein überzeugen konnte. Die Mutter selbst machte auf mich den Eindruck einer sauberen, zuverlässigen und wahrheitsliebenden Frau. Die beiden Knaben waren gut gekleidet.

Als der Knabe Heinrich B. sechs Jahre alt war, kam sie als die zweite Ehefrau ins Haus des Vaters, der Auslaufer in einer hiesigen Buchhandlung ist. — Vom ersten Tage an war die Erziehung des Knaben eine schwierige, da er zum Lügen, Betrügen und Stehlen von jeher geneigt war und eine geschlechtliche Frühreife zeigte, die erschreckend schien. So soll er schon im siebenten Lebensjahre, als ihn die Mutter zärtlich in ihr Bett nahm, einen sittlichen Angriff auf sie gemacht, mit steifem Gliede sich auf sie gelegt und am Halse gepackt haben. Auch sei er heimlich früh aufgestanden und habe durchs Schlüsselloch geguckt, als ihre Enthindung vonstatten ging. Er war Bettnässer bis zum sechsten Lebensjahre und hat immer schlecht gelernt, stets Hang zum Nichtstun und Schwänzen gezeigt, solange er die Schule besuchte. Dabei habe er sich körperlich gut entwickelt und niemals erhebliche Krankheiten durchgemacht. Ganz besonders schlimm ist es mit seinem moralischen Verhalten in diesem Jahre geworden. Im laufenden Jahre habe er den Eltern eines Samstags die Kommode erbrochen und daraus den ganzen Wochenverdienst des Vaters von 20 Mark entnommen. Er sei damit nach Mainz gereist und hätte sie dort bis auf acht Mark, die ihm von der Tante schließlich abgenommen wurden, mit andern Kindern vergeudet. — Andererseits stahl er in ganz zweckloser Weise, z. B. nachdem er gefrühstückt und sich satt gegessen hatte, der Nachbarin zwei Brötchen, versteckte sie hinter der Kellertreppe, leugnete den Diebstahl, trotzdem er bemerkt wurde, dann auf das allerentschiedenste. Der Onanie war er schon jahrelang ergeben, seit einigen Monaten sei weniger davon zu bemerken. Er benahm sich zumeist widerspenstig und sehr ungehorsam, er erklärte oft, er brauche den Worten der Mutter, da sie nur seine Stiefmutter sei, nicht zu folgen. Alle Versuche, ihn zu regelmäßigem Schulbesuche anzuhalten, schlugen fehl. Immer wußte er wieder neue Schliche zu erfinden, aus denen er entwich und sich dem Schulzwang entzog.

Er zeigt sehr mäßige Schulkenntnisse, rechnet schlecht und schreibt sehr unorthographisch, doch scheint ein hochgradiger Intelligenzdefekt nicht vorzuliegen und der erhebliche Mangel an Schulkenntnissen nur die Folge seiner Faulheit und seiner zahlreichen Schulversäumnisse zu sein. Von körperlichen Abweichungen sind unverhältnismäßig kleine verbildete Ohren und ein etwas flacher Schädel bemerkenswert, der einen Umfang von etwa 52 cm zeigt. Pupillen- und Sprachstörungen sowie Lähmungserscheinungen liegen nicht vor; die Reflexe sind lebhaft.

Der p. B. gibt wenig Auskunft über die Verfehlungen, die er begangen hat, er zeigt sich bei Vorhalten verstockt; vielleicht liegt im Gesichtsausdruck eine gewisse Leere und Stupidität, trotzdem hier und da ein lauernder Blick auffällig ist, er gesteht die Diebstähle ein, als Grund dafür gibt er an, er habe sich etwas kaufen wollen.

Nach diesen meinen eigenen Erhebungen und Feststellungen sowie nach dem vorher schon skizzierten Ergebnis der Akten liegt bei dem Schüler Heinrich B.

ein angeborener Schwachsinn (Imbezillität) vor, dessen wesentlichstes Merkmal weniger die in gewissem Grade vorhandenen intellektuellen, als die groben, von Kindesbeinen an bestehenden, sittlichen Mängel darstellen. Es bestehen diese in Neigung zu Lug und Trug, zum Diebstahl, zur Vagabondage, zum unsittlichen und leichtsinnigen Lebenswandel; unverbesserlicher Ungehorsam gegen Eltern und Lehrer, völlige Nichtachtung der Gesetze und der polizeilichen Maßnahmen bei völliger Unzulänglichkeit aller auf das Gemüt und den Willen wirkenden Einflüsse.

Ob diese Form von Geistesschwäche in wissenschaftlichem Sinne als eine „geistige Erkrankung“ aufzufassen und die moralischen Verfehlungen als Folgen einer „Krankheit“ anzusehen sind, ist eine alte ärztliche Streitfrage, welche leider noch immer der Lösung harrt.

Da es sich aber im vorliegenden Falle nicht um eine wissenschaftliche Deutung, sondern um eine praktische Anwendung des Begriffes „Geistesschwäche“ für das gesetzliche Fürsorgeerziehungsverfahren handelt, welches gerade für Erziehung und Besserung („Behandlung“) solcher antisozialen jugendlichen Elemente mit moralischen Mängeln bestimmt ist, sei es, daß sie angeboren, anerzogen oder erworben sind, so muß sich der Gutachter auf den Boden des Bürgerlichen Gesetzbuches stellen, welches „Geistesschwäche“ von „Geisteskrankheit“ an verschiedenen Stellen streng unterscheidet.

Es liegt hier in diesem Sinne meines Erachtens keine eigentliche Geisteskrankheit, keinesfalls ein Zustand krankhafter Aufregung vor, der ein Objekt ärztlicher Behandlung darstellt.

Es ist diese Annahme, als ob B. eine etwa zeitlich begrenzte, bzw. vorübergehende, krankhafte Veränderung des Geistes zeige, die durch ärztliche Maßnahmen in ärztlich geleiteten Anstalten gebessert oder geheilt werden könnte, angesichts der seit dem sechsten Lebensjahre und noch länger bestehenden schweren moralischen Defekte und des gegenwärtigen Mangels aller Symptome von motorischer und maniakalischer Erregung usw., von der Hand zu weisen.

Es besteht vielmehr bei ihm eine geistige Schwäche, auf intellektuellem und ethischem Gebiet, welche der Voraussetzung des § 1 Abs. 3 des Fürsorgeerziehungsgesetzes: Unzulänglichkeit der erzieherischen Einwirkung der Eltern oder sonstigen Erzieher oder der Schule zur Verhütung der völligen sittlichen Verderbnis des Minderjährigen entspricht.

H. B. wird meines Erachtens voraussichtlich zum Verbrecher werden, wenn er nicht auf Grund des Fürsorgeerziehungsgesetzes sofort in eine Anstalt gebracht wird. Die Schule hat ihn bereits als unüberwachbar und unbrauchbar zurückgewiesen, die Eltern, der Pfarrer und die Polizei vermögen ihn nicht zu beeinflussen. Es ist hier nicht ärztliche Behandlung, sondern — darin stimme ich mit Dr. W. überein — strenge Erziehung geboten. Die meisten Irrenanstalten entbehren zudem aller Vorrichtungen und Maßnahmen, um solche verkommene Knaben, die zur Flucht neigen wie B., für die Dauer festzuhalten und ihnen die notwendige systematische und regelmäßige Erziehung angedeihen zu lassen.

Eine Unterbringung in Armenpflege ohne gesetzlichen Zwang wird ohne jeden Erfolg auf die vorliegende sittliche Unfähigkeit sein. Entweichungen und fehlerhaftes Verhalten der Eltern werden, wie in allen solchen Fällen, jede Besserung hemmen.

Ich fasse mein Gutachten dahin zusammen: Heinrich B. leidet von Kindheit auf an gewisser geistiger Schwäche mit schweren sittlichen Defekten und Neigung zu verbrecherischen Handlungen. Sein Verhalten ist nicht die Folge einer geistigen Erkrankung, die ärztlicher Behandlung bedarf.

Vielmehr ist dem Heinrich B. nach ärztlicher Erfahrung eine besonders strenge (Zwangs-)Erziehung in einer Anstalt für verwahrloste Knaben auf Grund des Fürsorgeerziehungsgesetzes geboten, um das drohende sittliche Verderben zu verhüten."

Da sittlich verkommene, rechtsbrecherisch angelegte, aber nicht gerade gemeingefährliche Geisteskranke, die nicht unter Fürsorgeerziehung stehen, von den Eltern jederzeit, ob diese bemittelt oder unbemittelt sind, aus den der Armenfürsorge unterstehenden Kranken-, Irren- und Idiotenanstalten für ihre Familie zurückgefordert werden können, so wird das nicht selten auch zum Schaden der Minderwertigen und gegen das öffentliche Interesse geschehen. Das Interesse der Eltern an der Zurückgewinnung der Kinder aus der Obhut öffentlicher Gewalten ist zumeist bedingt durch den Wunsch, daß diese zu dem Unterhalt der Familie beitragen möchten. Edlere Motive kommen selten zum Vorschein. Darum sind die richterlichen Entscheidungen in jenen Grenzfällen auch psychiatrisch wichtig.

Ich habe schon angedeutet, daß die charakterisierte Art schwachsinniger Fürsorgeerziehungskandidaten sich als schwer beeinflußbar erweist, während die der gutartigen Imbezillen auch nach Entlassung aus Volks- und Hilfsschulen noch anpassungs- und erziehungsfähig erscheinen. Sioli sagt darüber in seinem Vortrag über „Großstädtische Irrenfürsorge“:

„Der Idee nach ist ja vielleicht für diese Fälle das Fürsorgeerziehungsgesetz, namentlich der Abs. 3 des § 1 desselben, vorhanden, aber zwischen Absicht und Antrag und zwischen Ausführung einer zweckmäßigen Unterbringung ist ein weiter Weg.

Auch müssen wir fragen, ob für diese durchaus defekten Individuen, zu deren Beurteilung ein aufs Pathologische geschultes Auge gehört, eine rein pädagogische oder unter geistlicher Leitung stehende Erziehung die richtige ist, ob die ganze Tendenz der Pädagogik, die Erzielung sofortiger Erfolge durch Anwendung des Begriffs der Strafe, nicht vielmehr für solche Individuen schädlich ist und die Verschlimmerung der grundlegenden Eigenschaften, namentlich der Neigung zur Lüge, bewirkt.

Jedenfalls hat das Fürsorgegesetz bei uns wohl die Folge gehabt, auf zahlreiche solche defekte Individuen aufmerksam zu machen, nicht aber für sie alle durch Unterbringung zu sorgen, da letztere vielfach am Widerstand des Gerichts und der Behörden gescheitert ist.

Für uns hat die einfache Entwicklung der Tatsachen dahin geführt, daß uns eine wachsende Zahl solcher jugendlicher Individuen zugeführt ist, von denen ein Teil bereits mit dem Strafgesetz, und zwar durch schwer gemeingefährliche Handlungen, in Konflikt gekommen ist, ein Teil sich schwachsinnig und nicht erziehungsfähig gezeigt hat.

Es ist jetzt stets in der Anstalt eine Abteilung von zehn bis zwölf solcher jugendlichen Individuen, fast nur Knaben, vorhanden, so daß es

nötig geworden ist, aus ihnen eine besondere Abteilung mit Individualisierung einzelner und mit speziellem geregelten Unterricht durch den bekanntlich seit Jahren angestellten Cand. theol. zu bilden.

So wenig nun diese ganze Aufgabe zunächst in den Rahmen der alten Irrenanstalt paßt, so bin ich doch der Meinung, daß wir uns dieser Aufgabe, auch für diese Kranken für längere Zeit zu sorgen und ihnen durch sachverständige Behandlung und Pflege die Möglichkeit einer, wenn auch späteren Rückkehr ins Leben zu verschaffen, nicht entziehen können und sehe es daher als eine weitere Aufgabe der großstädtischen Irrenpflege an, unserer im Bau befindlichen, zum Teil für Nervenkranke bestimmten ländlichen Abteilung auch eine ‚Abteilung für Jugendliche mit geregeltem Unterrichts- und Arbeitsbetrieb' anzugliedern.

Auch hier glaube ich, daß durch lang ausgedehnte Anstaltsbehandlung und nachher fortgesetzte Überwachung und Beeinflussung vielleicht hier und da einige Erfolge zu erhoffen sind.

Zur Erreichung des Zieles würde aber die Mitwirkung psychiatrisch sachverständiger Ärzte bei der Ausführung des Fürsorgegesetzes und die Bereitwilligkeit der Anstalten zur Aufnahme solcher Zöglinge mit pathologischen Defekten erforderlich sein.

Auch halte ich eine staatliche Beaufsichtigung der Erziehungsanstalten, in welche bisher die unter das Fürsorgegesetz fallenden Kinder untergebracht werden, für notwendig, und zwar, da es sich großenteils um pathologisch minderwertige, defekte, moralisch schwachsinnig veranlagte Individuen handelt, durch die für solche Zwecke in den preußischen Provinzen gebildete Besuchskommission, die meines Erachtens bisher recht gute Resultate in der Erreichung von Fortschritten in den betreffenden Privatirren- oder Idiotenanstalten gehabt hat! —"

In gleichem Sinne hält Tuczek die Zahl der psychopathisch-degenerativen Elemente unter den Fürsorgeerziehungszöglingen für sehr erheblich. Aber die Fürsorgeerziehung müßte individualisierend sein unter Erkenntnis und Berücksichtigung von psychiatrischen und anthropologischen Gesichtspunkten. Tuczek plädiert ebenfalls für die psychiatrische Aufsicht in den Fürsorgeerziehungsanstalten, für die Einrichtung besonderer ländlicher Institute, ärztlich-pädagogischer und Beschäftigungsanstalten für Jugendliche, unter ausgiebiger Verwendung des Fürsorgeerziehungsgesetzes bei pathologischen Individuen. Die Frage, ob ein Fürsorgeerziehungskandidat als charakterschwach oder als geistesschwach bzw. geisteskrank anzusehen ist, sei von grundsätzlicher Wichtigkeit, aber ihre Erörterung führe beim jetzigen Stande der Diagnose zu einer sehr unliebsamen Verschleppung des Verfahrens und Vernachlässigung des betr. Minderjährigen.

An 48 Insassen der Provinzialanstalten zu Potsdam, die Idioten und Epileptiker aufnehmen, hat Kluge interessante Beobachtungen machen können. Er unterscheidet die aktiven und passiven Elemente unter den mehr weniger schwachsinnigen Fürsorgezöglingen. Die ersteren waren wegen der vielen Züchtigungen, die sie früher erlitten hatten, mitunter recht schwer zu behandelnde Fälle. Kluge wandte nach psychiatrischen Grundsätzen und nach geschehener Erkenntnis der vorliegenden Defekte und Störungen ein vorbeugendes, ablenkendes und beruhigendes Verfahren an, „das insbesondere durch rechtzeitiges Abfangen der oft beobachteten Erregungszustände, der heftigen Affektäußerungen und triebartigen Handlungen“ ermöglicht wurde. — Die der Individualität angepaßte Beschäftigung (Tischlerei usw.) wirkte günstig; Separierung und Isolierung waren ohne nachhaltigen Einfluß auf die schlimmen Elemente, auch nicht abschreckend für die übrigen. Besser wirksam schien Bettruhe. Einige an mäßigem Schwachsinn leidende Mädchen hatten schwere hysterische Anfälle in früheren Anstalten durchgemacht, die für „Besessenheit“ gehalten und mit äußerst bedenklichen Prozeduren religiös-mystischer Art bekämpft worden waren. Die verantwortliche Mitwirkung psychiatrischgebildeter Ärzte in den Anstalten für Fürsorgeerziehung erscheint Kl. ebenso dringend notwendig wie ihre Zuziehung vor der Verordnung der Fürsorgeerziehung. Auch Tippel (Kaiserswerth) hat seine langjährigen psychiatrischen Anstaltserfahrungen an Fürsorgeerziehungszöglingen geschildert, die er im Asyl der Diakonissinnen für verwahrloste Mädchen zu Kaiserswerth gemacht hat. Vom 1. April 1901 bis 1. April 1905 wurden dort im ganzen 163 Fürsorgezöglinge aufgenommen. Davon erwiesen sich 6=3,68% als geisteskrank (Dementia praecox, hysterisches Irresein und Imbezillität) und mußten verlegt werden. Außerdem waren 109=66,87% als geistig minderwertig anzusehen (dauernde, angeborene, erworbene und konstitutionelle Minderwertigkeit). Bei den 115 psychisch Abnormen war in 51 Fällen erbliche Belastung (häufig Alkoholismus der Erzeuger) nachweisbar = 44,34%. Alle 115 Mädchen, also 100%, waren frühzeitig sexuell mißbraucht, 104 davon waren venerisch krank gewesen (90,43%). T. rühmt das Zusammenarbeiten mit einem Geistlichen, dem Pastor Disselhoff, der allerdings infolge besonderer persönlicher Verhältnisse in hervorragendem Maße geeignet erscheint, die seelsorgerische und erzieherische Beeinflussung der Zöglinge von psychiatrischen Gesichtspunkten aus zu leiten. Der Mangel an den einschlägigen Kenntnissen habe anderwärts dagegen zu Meinungsverschiedenheiten über die Art des Fürsorgeerziehungsmaterials geführt, die bedauerlich sei. Tippel hat auf einer Konferenz der Vorstände der evangelischen Asyle nicht ohne Erfolg versucht, über die psychopathischen Merkmale der in Frage kommenden Zöglinge den Laien Aufklärung zu geben und will weitere Informationskurse abhalten.

Eine mit amtlicher Beihilfe von Tippel veranstaltete Umfrage bei den 40 Anstalten (24 katholische, 14 evangelische, vier königliche und eine Provinzialerziehungsanstalt) in der Rheinprovinz, die Fürsorgezöglinge aufnehmen, auch zumeist Ärzte haben, von denen aber nur sieben eine psychiatrische Vorbildung besitzen, hat folgendes ergeben: Von den Anstalten erklärten 14 mit 544 Zöglingen, sie hätten Psychose oder Minderwertigkeit nicht beobachtet. Unter den anderen 25 mit 3562 Insassen sind Geisteskrankheit in neun Anstalten mit ungefähr 100 Fällen zur Beobachtung gekommen. Die Gesamtzahl der Fürsorgezöglinge in der Rheinprovinz betrug 4171 (2735 männliche und 1436 weibliche). Von hohem Interesse ist die Gegenüberstellung der aus der Umfrage zu folgernden psychiatrischen Feststellungen in den 39 Anstalten, der 0,303% Psychosen resp. 2,33% Minderwertigkeit zu dem Ergebnis der Tippelschen Zählung in Kaiserswerth 3,68% resp. 66,87%. Auch hier, wie in dem von mir und anderen gegebenen Hilfsschülermaterial fiel ätiologisch die Herkunft der Fürsorgeerziehungszöglinge von alkoholistischen Eltern, aus unehelicher Geburt und aus kriminell belasteten oder sonst verwahrlosten Familien auf.

Über die Behandlung der Zöglinge, Regeln des Tagewerkes mit möglichster Beschäftigung im Freien, strenge Hausordnung usw. spricht sich T. dahin aus:

„Die Schwierigkeiten bei einer derartigen Behandlung liegen im Vergleich mit derjenigen in Irrenanstalten aber darin, daß man noch viel mehr sich bei den einzelnen Individuen bewußt sein muß, wie weit die Intelligenz und Leistungsfähigkeit Anforderungen gerecht werden kann und wie weit etwaiger böser Wille und sonstige Charakterfehler mitreden. Denn darüber darf man keinen Augenblick im Zweifel sein, daß nicht alles als krankhaft angesehen werden darf, was als auffällig zur Beobachtung gelangt."

Bei der Fürsorgeerziehung müßte das Hauptgewicht auf die erzieherische Einwirkung gelegt werden; die Erkennung und Feststellung der abnormen Elemente durch psychiatrisch geschulte Ärzte unter ihnen sei wünschenswert, aber schwer durchführbar. Es empfehle sich vielleicht, daß für je eine Provinz ein Psychiater schon allein die Akten daraufhin prüfe, ob darin Gründe für das Vorhandensein von Anhaltspunkten für eine psychopathische Veränderung zu finden sein dürfe, die dem Laien zumeist entging.

Tippel schloß seine Betrachtungen, die unter den Versammelten allgemeinen Anklang fanden, mit dem Satze:

„Wir Psychiater müssen bestrebt sein, bei allen, die an der Fürsorge arbeiten, das Verständnis für die Grenzgebiete zwischen gesunder und kranker Psyche zu wecken, sie über den Unterschied zwischen vermeintlich boshaften und den auf krankhafter Grundlage beruhenden

Äußerungen ihrer Schützlinge zu belehren und in die Erkenntnis der seelischen Vorgänge bei psychopathischen Elementen einzuführen. Dieses Bestreben halte ich nach meinen mehrjährigen Erfahrungen für einen Weg, der unter Berücksichtigung der derzeitigen und auch für die Zukunft wohl ähnlich bleibenden Verhältnisse eher zu dem Ziele führt, als die Aufstellung idealer Forderungen und Bestrebungen, mit der wir den Hilfsbedürftigen nicht nützen. Daß dieses Ziel erreicht werden kann, zeigen die Resultate, die ich Ihnen eingangs über unser Vorgehen in Kaiserswerth vortragen konnte. Daß es erstrebt werden muß, fordern die auffälligen Unterschiede in den einzelnen Ergebnissen unserer Sammelfeststellung." Die Zustimmung der deutschen Psychiater kam dann in einer entsprechenden, den Regierungen mitzuteilenden Resolution des Deutschen Vereins für Psychiatrie nochmals kurz zum Ausdruck.

Neißer (Bunzlau) unterstützte Tippel auf der Dresdener Versammlung darin, daß er es auch für dringend notwendig erachtete, die Auffassung und Denkweise der Anstaltsleiter und Pädagogen an Fürsorgeerziehungsanstalten mehr in anthropologische Bahnen zu leiten. Die Sache habe nicht nur eine ideelle, sondern auch eine eminent praktische Seite, an welcher das Nationalvermögen mit vielen Millionen interessiert sei. Diese würden heute in einer ganz falschen Richtung auf Strafverfahren und Gefängniskosten verwendet, ohne daß dadurch ein besserer Schutz der Gesellschaft gegen asoziale Elemente bisher erreicht sei.

Im psychiatrischen Verein zu Berlin hat dann im März 1906 auch Dr. Seelig, der seit mehreren Jahren als Psychiater an dem Lichtenberger Erziehungshause für verwahrloste Knaben der Stadt Berlin tätig ist, seine Beobachtungen mitgeteilt.

Er bedauerte, daß die amtliche Statistik noch nicht von psychiatrischen Gesichtspunkten aus gewonnen sei; denn sie zählt unter den im letzten Jahre (1904/05) 6458 der Fürsorgeerziehung überwiesenen Individuen noch 90,9 % als geistig gesund auf. Sie sei ärztlich nicht verwertbar. Es befinden sich unter den 860 Lichtenberger Insassen eine große Zahl geistig Abnormer (Imbezille, Psychopathen, Epileptiker und Degenerierte) in den verschiedensten Abstufungen. Die Grenzfälle seien oft schwer zu deuten. Wichtig in bezug auf die Behandlung seien die affektiven Schwankungen, die impulsiven Handlungen und die hysterischen Krankheitserscheinungen, die aus der psychopathischen und neuropathischen Konstitution resultierten. Die Überweisung in Irrenanstalten sei nicht immer nötig und zweckmäßig. Jeder Zögling müßte auf Grund seiner Akten psychiatrisch untersucht und auch weiterhin beobachtet werden. Belehrung der beteiligten Faktoren über die gewonnenen Ergebnisse sei notwendig.

Durch Ausbau der Lazarettabteilungen der Fürsorgeerziehungsanstalten seien Beobachtungsstationen für minder-

wertige Individuen zu beschaffen. Dort seien sie ev. auch gelegentlich zu behandeln und über kritische Zeiten hinweg zu bringen. Methodische katamnestische Erhebungen über die entlassenen Zöglinge seien ungemein schwierig, so nützlich sie wären für die weitere soziale besonders prophylaktische Wirksamkeit des Fürsorgeerziehungsgesetzes.

Besonders eindringlich behandelte all die von Tippel, Seelig, Moeli, Laquer u. a. berührten Fragen in einem Referat Herr Direktor Dr. med. Neißer-Bunzlau auf dem Allgemeinen Fürsorgeerziehungstag 11.—14. Juni 1906 zu Breslau.

Er gab gemeinverständliche psychiatrische Gesichtspunkte aus der Beurteilung und Behandlung der Fürsorgezöglinge vor zahlreichen Ärzten und Laien und stellte folgende bemerkenswerte Leitsätze auf:

1. Unter den Fürsorgezöglingen finden sich eine erhebliche Zahl von psychisch minderwertigen, krankhaft veranlagten, in der Entwicklung zurückgebliebenen oder abnorm gerichteten Individuen. Die Mitwirkung von psychiatrisch geschulten Ärzten an den Aufgaben der Fürsorgeerziehung ist deshalb unentbehrlich.

2. Die Personalfragebogen bei der Einweisung von Fürsorgezöglingen in die Anstalten sollen (nach dem Muster derjenigen, welche als Grundlage für die Aufnahme von Geisteskranken, Idioten usw. in die Heil- und Pflegeanstalten in Gebrauch sind) alle für die ärztliche Beurteilung erforderlichen Angaben enthalten. Es wäre zweckmäßig, wenn die Kreisärzte bei der Abfassung derselben herangezogen werden könnten.

3. Bei der Aufnahme in Anstalten sollen alle Zöglinge alsbald einer sorgfältigen, auch den psychiatrischen Gesichtspunkten Rechnung tragenden ärztlichen Untersuchung unterzogen werden. Der Befund ist ausführlich schriftlich niederzulegen und von dem Anstaltsleiter zur Kenntnis zu nehmen.

4. An den größeren Erziehungsanstalten ist darauf Bedacht zu nehmen, daß eine sachgemäße Behandlung und Beobachtung vorübergehender psychopathischer Zustände stattfinden kann.

5. Dem Staate erwächst die Aufgabe, Vorkehrung zu treffen, daß die mit der Fürsorgeerziehung berufsmäßig befaßten Pädagogen usw., namentlich aber die Leiter der größeren Anstalten, sich mit den Ergebnissen der einschlägigen Sonderforschungen und Erfahrungen auf pädagogischem, kriminalistischem, psychologischem und psychiatrischem Gebiete vertraut machen. Neben der Förderung von Bibliothekszwecken u. dgl. wird die Einrichtung besonderer Unterrichtskurse ins Auge zu fassen sein.

6. Das spätere Schicksal und Ergehen der Fürsorgezöglinge soll

zwecks Sammlung von Erfahrungen nach Möglichkeit im Auge behalten werden.

7. Es darf gehofft werden, daß es auf diese Weise durch Ermittlung und Berücksichtigung etwaiger individueller Defekte gelingen werde, auch eine Anzahl derjenigen Fürsorgezöglinge, welche sich bei dem bisherigen Verfahren als schwer oder gar nicht erziehlich beeinflußbar erweisen, in ihrer Entwicklung zu fördern, zugleich aber auch von dem Gros der übrigen Zöglinge schädigende Einwirkungen fernzuhalten. Die Erreichung dieses Zieles würde einen erheblichen Gewinn für die öffentliche Wolfahrt bedeuten und eine nicht unbeträchtliche Ersparnis an Nationalvermögen.

Vorausgegangen war eine Wiedergabe der Dr. Jägerschen Untersuchungen über die Schweizer degenerierte Familie „Zero", als Paradigma einer erblichen Belastung, die sich durch Jahrhunderte fortspinnt. Ferner gab N. eine Belehrung über die Eigenart der Imbezillität, welche man nicht einfach als ein Minus gegenüber der Norm betrachten dürfe. Er lehrte, wie Phobieen, Tics, pathologische Reizbarkeit, abnorme Stimmungen, Träumereien usw. die auffälligen Handlungen der Fürsorgeerziehungszöglinge beeinflussen könnten.

Aus all diesen ärztlichen Erörterungen, wie sie vor Fachgenossen und vor Laien in den letzten Jahren wiederholt und wohl immer in der gleichen Richtung angestellt worden sind, erhellt ein wichtiger Gesichtspunkt:

*Die Fürsorgeerziehung kann ohne Nachteil in den Händen der Seelsorger und Pädagogen bleiben, solange ihnen, den kirchlichen Genossenschaften und vorgesetzten Behörden bewußt ist, daß krankhafte Anlagen des Gehirns in Form der schwersten erblichen Belastung und der Entartung oder der angeborenen und früh erworbenen Geistesschwäche in den meisten Fällen, wo das Gesetz angewendet werden muß, die Grundlage des sittlichen Verfalls bildeten. Ohne psychiatrische Mitwirkung und regelmäßige ärztliche Kontrolle der Anstaltszöglinge und auch der Familienpfleglinge wird die Fürsorgeerziehung auf die Dauer nicht möglich sein.*

Eine von Staats wegen in dieser Hinsicht einzuleitende Revision aller derjenigen Anstalten, die Fürsorgeerziehungszöglinge aufnehmen, ist entschieden notwendig. Es wäre schon als ein großer Fortschritt zu begrüßen, wenn vorläufig jede Provinz einen oder mehrere ihrer erfahrenen Irrenanstaltsdirektoren mit dieser Aufgabe betraute. Nachdem die statistischen Vorarbeiten durch *Tippel*, *Sioli*, *Neißer*, *Moeli* und *Seelig* eingeleitet worden sind, kann ja die Notwendigkeit der

psychiatrischen Prüfung aller Fürsorgekandidaten vor oder nach beendetem Verfahren den Justiz- und Verwaltungsbehörden nicht mehr zweifelhaft sein.

Ich glaube aber, daß die Streitfrage über die „Freiheit des menschlichen Willens“ und andere unüberbrückbare Gegensätze zwischen Naturforschung einerseits, Theologie und Jurisprudenz andererseits nicht zum Gegenstande der entsprechenden Belehrungen von Juristen, Anstaltsgeistlichen und Anstaltsbeamten gemacht werden sollte. Solche „Glaubensfragen“ hindern die Verständigung über die praktische Lösung gemeinsamer Aufgaben. Auch die schroffe Betonung des ärztlichen Übergewichts hat in der Fürsorgeerziehungsfrage keinen Zweck. Ganz anders liegt in letzterer Hinsicht die Sache bei den Idioten, Irrenpflege- und Heilanstalten, wo nur Kranke zu behandeln und zu beeinflussen sind. Eine ruhige und friedliche Teilung der Pflichten bei der Versorgung von moralisch Minderwertigen ohne Aufrollung von Machtfragen hat, wie wir aus den Mitarbeitern pädagogischen und theologischen Faches auf dem Felde der Schwachsinnigenfürsorge — ich nenne nur die Namen Piper (Dalldorf), Nitzsche (Großheinersdorf), Grohmann (Zürich), Klumker, Polligkeit, Bleher, Disselhoff u. a. ersehen, zu einer Harmonie zwischen Ärzten und Laien geführt, die ebenso wie in den Hilfsschul- auch in der Fürsorgeerziehungsfrage Gutes für die Zukunft verspricht.

Ob eine Reorganisation aller Anstalten im Sinne des open-door-Systems, mit landwirtschaftlichen Irrenkolonien oder in Form der „Arbeitslehrkolonie“ und der Familienpflege anzubahnen und zu erreichen sein wird, — ob andererseits wegen der allerseits beklagten Neigung der Fürsorgeerziehungszöglinge zu Fluchtversuchen, Sittlichkeitsdelikten, Verführung Gutartiger und schlimmer Gewalttätigkeiten eine strengere Bewachung — ohne jene harten Zuchtmittel, wie sie in Gefängnissen noch üblich sind, — am Platze ist, das müssen weitere Konferenzen von beteiligten Ärzten und Verwaltungsbeamten, Theologen usw. ergeben. Eine baldige Verständigung über dringliche Forderungen scheinen ja alle, die es angeht, zu wünschen. Die Begründung besonderer Anstalten in ländlichen Gegenden und der Ausbau der gegebenen Institutionen wird dem von uns Ärzten gewollten Ziele am nächsten kommen und am billigsten sein.

Die Fernhaltung aller Fürsorgeerziehungszöglinge aus Nervenheilstätten, Irrenheil- und -Pflege-, sowie aus den Idiotenanstalten ist selbstverständlich. — Man kann sich in geeigneten Fällen, wenn das unter Umständen verlangt werden sollte, wo nur einfache Imbezillität besteht, auch auf § 10 des Fürsorgeerziehungsgesetzes berufen, der da lautet: „Die Zöglinge dürfen nicht in Arbeitshäusern und nicht in Landarmenhäusern —

in Anstalten, welche für Kranke, Gebrechliche, Idioten, Taubstumme oder Blinde bestimmt sind, nur so lange untergebracht werden, als es ihr körperlicher oder geistiger Zustand erfordert.“

Die Ausführungsbestimmungen schränken diese gesetzliche Bestimmung insoweit etwas ein, als sie sagen: „Zöglinge, die wegen ihres krankhaften Zustandes in Anstalten, die für Kranke bestimmt sind, untergebracht werden müssen, fallen dadurch nicht ohne weiteres aus dem Fürsorgegesetz.“

Die Forderung der Psychiater, die auf der letzten Münchener Tagung (April 1906) von Vocke, Snell, Kreuser, Cramer ausgesprochen wurde, daß die Irrenanstalt als Krankenanstalt und nicht als Verwahrungsanstalt für verbrecherisch Entartete und gemindert Zurechnungsfähige anzusehen sei, trifft auch in dem Falle zu, daß für moralisch schwer defekte Fürsorgeerziehungszöglinge — außer zu kurzer Beobachtung — in den Irrenanstalten Unterschlupf von Amts wegen gesucht werden sollte.

Dem Fürsorgeerziehungsgesetze, noch mehr dem Verfahren zur Ausführung desselben haften noch viele Fehler an. Ich habe versucht, Mittel zu ihrer Vermeidung und Verbesserung anzugeben. Ich hoffe mit Aschaffenburg, der das Fürsorgeerziehungsgesetz in seinem Buche: „Das Verbrechen und seine Bekämpfung“ für einen der gangbarsten Wege zur Vorbeugung des Verbrechens hält, daß Kohlrausch zu pessimistisch urteilt, wenn er meint, daß bei Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen „gerade der Gedanke, daß es sich um eine sozialhygienische, eine präventive Maßregel handelt, immer mehr zu verblassen scheine“. —

## Sonstige Mittel zur Verhütung des Verfalls von Schwachsinnigen.

Hauptlehrer Alwin Schenk aus Breslau hat auf dem fünften Verbandstage der Hilfsschulen Deutschlands zu Bremen (1905) mit Recht die Frage aufgeworfen: „Ist denn die Zahl der hier zu versorgenden Kinder so bedeutend, daß man eine über das Bisherige hinausgehende Fürsorge zu schaffen hat?“ Irgendwelche zuverlässige Zahlen über die Menge der wegen ihres angeborenen Schwachsinns Hilfsbedürftigen liegen ja nicht vor. Um aber zu einem Urteil zu gelangen, hat er folgende Berechnung aufgestellt. Die Breslauer Hilfsschulen mit ihren 30 Klassen werden von über 650 Schülern besucht. Diese Zahl umfaßt aber bei weitem nicht die ganze Menge der schwachbefähigten Kinder von Breslau; es bleibt noch ein erheblicher Bruchteil in Volks- und Privatschulen zurück. Die Zahl von 150—200 Kindern könnte man unbesorgt noch dazu rechnen, so daß eine Summe von über 800 Kindern, die des

Hilfsschulunterrichts bedürftig sind, zum Vorschein kommt. Da die genannte Kinderschar sich auf sechs Jahrgänge verteilt, so kommen auf jeden durchschnittlich etwa 135. Breslau zählt 450 000 Einwohner; es würden also auf je 10 000 Einwohner pro Jahrgang drei hilfsschulbedürftige Kinder zu rechnen sein. Übertragen wir diese Zahl auf unser deutsches Vaterland mit seinen 60 Millionen Einwohnern, so erhalten wir in jedem einzelnen Jahrgang 19 000. Wenn wir nur 33 solcher Jahrgänge in Ansatz bringen, so erreichen wir eine Summe, die dem stehenden deutschen Kriegsheere ungefähr entspricht. Aber auch diese Menge dürfte das ganze Elend noch nicht in sich fassen. Wenn wir auch 100 000 oder 200 000 von der Summe abrechnen, so bliebe nach Schenks Ansicht immer noch eine Zahl übrig, die uns zu ernstem Nachdenken und werktätiger Liebe führen müßte, und zwar um so mehr, als die wachsende Zahl unfertiger Existenzen zu einer ernsten Gefahr für die Mitmenschen werden kann.

Es sind das insofern etwas zu düster gehaltene Schilderungen, als manche Hilfsschulzöglinge und andere debile und schwachsinnige Schüler auch ohne Stütze nach der Schulentlassung im praktischen Leben viel mehr leisten und moralisch sich besser bewähren, als nach ihren sehr geminderten Schulleistungen zu erwarten war. „Ihre Schüler sind noch nicht die schlechtesten!“ sagte jüngst unserem Hilfsschulleiter der Direktor der Frankfurter obligatorischen Fortbildungsschule, der die schwachbefähigten schulentlassenen Lehrlinge in besonderen Vorklassen mit geringen Anforderungen vereinigt. Es ist natürlich hier von erheblichem Einfluß, ob die Schwachsinnigen gerade in der kritischen Zeit der Geschlechtsreife in einer gut erhaltenen, nicht zerrütteten Familie und seitens verständiger Eltern den für sie nötigen festen Rückhalt finden. Wenn diese Faktoren fehlen, müssen sich Fürsorgevereine, wie in Frankfurt a. M., oder besondere, ja auch im Gesetz vorgesehene „Fürsorger“ ihrer mit Geduld und Verständnis annehmen.

Dann sprechen vielfache ärztliche Erfahrungen dafür, daß moralische Entgleisungen, die in jugendlichem Alter auf dem Boden der Debilität und Imbezillität erwachsen, als Symptome eines vorübergehenden Erregungszustandes nach Ablauf einer solchen krankhaften Periode wieder der Norm mit guter Lebensführung Platz machen können. Soll aber die Mühe der Ärzte um die psychiatrische Beurteilung der Fürsorgeerziehungszöglinge, psychopathischer und anderer defekter jugendlicher Individuen (Schwachsinniger, Minderwertiger) von Erfolg gekrönt sein, so müßten gewisse Erleichterungen und Vorbedingungen für ihre Beobachtung und Begutachtung geschaffen werden, auf die ich schon früher hingewiesen habe.

Da von den Hilfsschul- und den Fürsorgezöglingen sowie von den

bestraften Jugendlichen ein jeder schon jetzt seinen „Personalbogen“ besitzt, die letztgenannten in den Gerichtsakten, vor allem aber in dem am Geburtsorte von der betreffenden Staatsanwaltschaft geführten „Strafregister“, so wäre vielleicht von dem Vormundschaftsgericht ein „Fürsorgeregister“ einzurichten. Das müßte die Charakteristiken aller Minderwertigen enthalten mit kurzem Abriß der intellektuellen und moralischen Entwicklung, der körperlichen Anomalien, Zahl und Art der erziehlichen Maßnahmen, Übersicht über Leistung in Schule, Lehre und Beruf, der vorerwähnten Strafen bis etwa zur Volljährigkeit. Für das Aushebungsgeschäft und für die Rechtspflege, aber auch für die klinische Psychiatrie hätte diese Zusammenstellung einen ganz erheblichen Wert. Denn jeder, der sich mit der Entwicklung der Minderwertigkeit zu beschäftigen strebt, fühlt dieses Bedürfnis um so mehr, als die Nachforschungen nach den weiteren Schicksalen der Schwachsinnigen wegen ihres unsteten Lebens außerordentlich schwierig sind. Schon die oben gegebenen wenigen und kurzen Skizzen aus den Erhebungen der Frankfurter Zentrale für private Fürsorge beweisen dies. — — Es müßten in dem „Fürsorgeregister“ allerdings nicht nur diejenigen kindlichen und jugendlichen Individuen verzeichnet und geschildert sein, für die bereits die gesetzliche Fürsorgeerziehung ausgesprochen worden ist, sondern alle, die überhaupt jemals wegen einer angeborenen Minderwertigkeit besonderer erzieherischer und sozialer Maßnahmen bedurften.

Ferner ist für ihre Versorgung die Bedeutung der Berufsvormundschaft im Kampfe gegen Verwahrlosung und Verbrechen beachtenswert, über die Polligkeit (l. c.), der zweite Direktor der Frankfurter Zentrale für private Fürsorge jüngst einen Aufsatz veröffentlicht hat. P. vertritt nach den Erfahrungen über die Mängel, die der Einzelvormundschaft bei unehelichen Kindern anhaften, folgende Anschauung: Die Gesetzgebung über die Versorgung minderwertiger Kinder sei derart, daß dem Vormundschaftsrichter vorzugsweise die Entscheidung über die Gesetzmäßigkeit einer gerichtlichen Anordnung vorbehalten bleibe. Auf die Art ihrer Ausführung habe der Richter gewöhnlich keinen erheblichen Einfluß. Die Entscheidung über alle „Zweckmäßigkeitsfragen“ liege beim Vormunde; — und sie sei gerade bei Minderwertigen ungemein erschwert, trotzdem diese Fragen den eigentlichen Schwerpunkt der sozialen Fürsorge für die gefährdete und verwahrloste Jugend ausmachten. Es sei gar nicht immer leicht, einen geeigneten Fürsorger zu finden, der Lust und Liebe zu der heiklen und Sachkenntnis voraussetzenden Untersuchung der Individualität und des Milieus eines Minderwertigen hat und sich die nötige Zeit dazu nimmt. Man müßte wie Polligkeit ausführlich und klar begründete, die gesetzliche Umwandlung der ehrenamtlichen Einzelvormundschaft in die Berufsvormundschaft ins Auge fassen. Ihr Ausbau sei eng verknüpft mit der repressiven

und prophylaktischen Bekämpfung von Verbrechen und Verwahrlosung, einem der „schwersten Probleme der Volkserziehung“, und der Versorgung von Minderwertigen.

Wie außerordentlich bedeutungsvoll auch im späteren Leben von Imbezillen noch die genaue Feststellung ihrer angeborenen Minderwertigkeit werden kann, ergibt sich aus einem forensischen Fall, der mir am 4. Juli 1906 vor der Strafkammer des Königlichen Landgerichts zu Frankfurt a. M. als gerichtlichen Sachverständigen zur Beurteilung vorlag. Es war die 58jährige Wäscherin Marie W. geb. R. wegen Diebstahls von ein Paar billiger Schuhe, die sie wegen ihrer abnormen Weite gar nicht brauchen konnte, aus einem Frankfurter Warenhaus angeklagt. Ich konnte aus ihrem gegenwärtigen Geisteszustand den Schwachsinn deutlich nachweisen. Ich stützte mich aber bei meinen gutachtlichen Ausführungen, die auf die Annahme einer geminderten Zurechnungsfähigkeit hinausliefen, auf ihre kriminelle Vergangenheit, soweit sie aus den Akten ersichtlich war; es war klar, daß sie früher der gewerblichen Unzucht, der Landstreicherei, dem Bettel ergeben gewesen, „wiederholt abgeschoben“ und mit „Stadtverweis“ in ihrer Heimat Bayern bedacht worden war. Das Strafregister hatte dies erwiesen. Der Staatsanwalt ließ aber die genannte große Reihe und Eigenart der Vorstrafen als Beweis kongenitaler Imbezillität nicht gelten, besonders als ich den Richtern auseinander zu setzen versuchte, daß nach der Statistik Bonhöffers u. A. auch die Prostitution zum „beliebten Handwerk Schwachsinniger“ gehöre. — — Die Angaben der Angeklagten und einer befreundeten Zeugin, daß sie der Pfarrer ihrer Heimat vor 44 Jahren nicht hätte konfirmieren wollen, weil sie „zu dumm“ gewesen wäre, erkannte er nicht an und wünschte darüber weitere Erhebungen. Ich drang zwar beim Gerichtshof mit meiner Anschauung durch und erzielte eine mildere Bestrafung der rückfälligen „Warenhausdiebin“ — aber es hätte kaum einer Differenz mit der Anklagebehörde bedurft, wenn ich mich nicht bloß auf das Strafregister, sondern auch auf einen ‚Personalbogen‘ der Angeklagten hätte berufen können.

In der Frankfurter Irrenanstalt, das weiß ich aus den ärztlichen Akten, die dort geführt werden, werden immer Abschriften der Strafregister der aufgenommenen Kranken von den Justizbehörden erbeten und den Krankengeschichten beigefügt. — Für die katamnestischen Erhebungen über das Schicksal aus der Schule entlassener Minderwertiger sind die Strafregister der Gerichte kaum mehr entbehrlich. So hat mir die Königliche Staatsanwaltschaft in Frankfurt a. M. freundlichst mitgeteilt, daß von 100 seitens der in Frankfurt geborenen schulentlassenen Zöglinge der hiesigen Hilfsschulen, von denen der älteste jetzt 25, der jüngste jetzt 17 Jahre zählt, eine Strafe erlitten haben: Zehn männliche Individuen, also gerade zehn Prozent und zwar:

Nr. 18: geboren den 6. Juni 1885; 2. Oktober 1905 vom Schöffengericht wegen Körperverletzung zu fünf Mark Geldstrafe verurteilt.

Nr. 21: geboren den 19. August 1883; 14. April 1902 vom Amtsgericht wegen Bettelns zu einen Tag Haft verurteilt; am 28. Dezember 1902 wegen Bettelns zu drei Tagen Haft.

Nr. 33: geboren den 23. April 1887 in den Jahren 1903—1906 fünfzehnmal wegen Gewerbevergehens (Backwarenverkaufs) zu Geldstrafen bzw. Höhe in steigender Höhe verurteilt.

Nr. 34: geboren den 8. August 1883, ist verurteilt:

| am | durch | wegen | zu |
|---|---|---|---|
| 4./10. 1897 | Schöffengericht hier | Diebstahls | 1 Verweis |
| 17./2. 1902 | Amtsgericht hier | Bettelns | 1 Tag Haft |
| 13./3. 1902 | " | " | 2 Tagen " |
| 21./3. 1902 | " | " | 3 " " |
| 25./3. 1902 | " | " | 5 " " |
| 4./4. 1902 | " | " | 6 " " |
| 14./4. 1902 | " | " | 7 " " |
| 24./4. 1902 | " | " | 7 " " |
| 3./5. 1902 | " | " | 12 " " und Überweisung an die Landespolizeibehörde. |
| 17./5. 1902 | Reg.-Präs. Wiesbaden | " | 6 Monate Arbeitshaus (Hadamar) |
| 8./6. 1905 | Landgericht hier | Unterschlagung in 2 Fällen | 4 Monate Gefängnis. |

Nr. 42: geboren den 17. Juni 1880; verurteilt am 30. Dezember 1905 vom Schöffengericht wegen Unterschlagung zu drei Monate Gefängnis.

Nr. 60: geboren den 2. August 1882; verurteilt am 14. November 1902 wegen Diebstahls zu zwei Wochen Gefängnis; am 12. Dezember 1902 wegen Diebstahls zu vier Wochen Gefängnis.

Nr. 69: geboren den 2. Oktober 1883; verurteilt: am 22. Februar 1904 wegen Zuhälterei, zu sechs Wochen Gefängnis.

Nr. 70: geboren den 20. Dezember 1885; am 15. Februar 1906 verurteilt wegen schweren Diebstahls zu zwei Monaten Gefängnis; 9. Dezember 1905 wegen Diebstahls und Unterschlagung zu zehn Tagen Gefängnis.

Nr. 79: geboren den 20. Februar 1885; verurteilt 16. April 1901 wegen Obdachlosigkeit eine Woche Haft; 12. Juli 1901 wegen Betteln einen Tag Haft; 10. Dezember 1902 wegen Betteln einen Tag Haft; 30. November 1903 wegen Betteln zwei Tage Haft; 11. Januar 1904 wegen Diebstahl zu neun Wochen Gefängnis; 13. April 1904 wegen Diebstahl zu neun Monaten Gefängnis; 23. April 1905 zu neun Monaten Gefängnis.

Nr. 84: geboren den 25. Januar 1885; am 9. Juli 1906 verurteilt wegen fahrl. Körperverletzung zu 20 Mark Geldstrafe ev. vier Tage Haft.

Nr. 94: geboren den 28. Februar 1886; verurteilt am 5. Oktober 1903 wegen Unterschlagung und Betrug zu 25 Mark Geldstrafe ev. fünf Tage Haft.

Es ist bei der Höhe der Zahl von kriminell gewordenen Hilfsschulzöglingen zu bedenken, daß die 100 Nachforschungen, die ich darüber anzustellen in der Lage war, aus einer Zeit stammen, wo die Fürsorge für Schulentlassene noch nicht organisiert war. Besonders in die Augen fallend ist der kriminelle Verfall von Nr. 34, eines Knaben, der schon während der Schulzeit wegen Diebstahls mit einem Verweise bestraft ist, der dann aus der Schule entlassen dem Bettel verfällt, nach drei Monaten der Landespolizeibehörde und durch sie einer Besserungsanstalt für sechs Monate überwiesen wird, nach weiteren drei Jahren als 22jähriger bereits eine Gefängnisstrafe von vier Monaten erhält. —

Das Strafregister enthält übrigens nur gerichtliche Strafen wegen Verbrechen, Vergehen und wegen Übertretungen nach § 361 (1—3) (Verletzungen der durch Polizeiaufsicht und Landesverweisungen auferlegten Beschränkungen, und Landstreicherei). Fast alle Polizeistrafen und auch die Vergehen, die sich auf gewerbliche Unzucht beziehen, sind hier nicht verzeichnet. Es würde sonst wohl die Kriminalität der Hilfschulzöglinge eine noch etwas höhere sein.

## Die Versorgung Minderwertiger aus den bemittelten Familien.

Aus den im ersten Aufsatz dargelegten Gründen bin ich in den gegebenen Auseinandersetzungen und Schilderungen von einer ganz bestimmten Spezies von Debilen und Imbezillen, nämlich von denen, die in den Volksschulen bzw. in den Hilfsschulen sitzen, — ausgegangen. Nur beiläufig habe ich mich mit den Minderwertigen beschäftigt, die auf den höheren Schulen, öffentlichen und Privatschulen, unterwiesen oder zu Hause unterrichtet werden. Psychiater und Pädagogen, Seelsorger, Richter, Polizeiorgane und Offiziere kennen jene Spielarten des Schwachsinns, denen Stand und Vermögen der Eltern ein ganz besonderes Gepräge verleiht. Der reiche Schwachsinnige ist viel schlechter dran, als der arme oder gar der ländliche Imbezille: „Dem ist wirklich wohl,“ so meint Grohmann mit Recht; „beim Viehfüttern und Grasmähen genießt er, was die Natur ihm zu genießen gestattet.“ Es bergen die Hilfsschulen aus äußeren Gründen leider sehr wenig imbezille Kinder wohlhabender Eltern, weil durch Nachhilfe und Nachsicht die schweren geistigen und für die Imbezillität charakteristischen Mängel in den ersten zwei Schuljahren bei der geringeren Klassenfrequenz der Vorschulen verdeckt zu werden pflegen. Eine Umschulung von einer höheren zur niederen Schulgattung findet erst später statt, wo die Hilfsschule nicht mehr in Betracht kommt. Es werden dadurch an dem ab ovo defekten Gehirn durch Überanstrengung in der Schule Schäden gesetzt, die später schwer anszugleichen sind. — Das ist der Nachteil unserer

Standesschulen und wäre ein wichtiger Grund für Aufhebung der Vorschulen und für den obligaten Besuch der allgemeinen Volksschule aller Schulkinder, in den ersten drei Jahren der Schulpflicht — nach Bayrischem Muster. Man könnte die Imbezillen ohne Rücksicht auf ihre Herkunft rechtzeitig aussondern und nach Lage ihrer Fähigkeiten viel leichter den Sonderschulen zuweisen! — Die Diagnose auf Schwachsinn, die bei Kindern aus reichen Familien gewöhnlich erst dann gestellt zu werden pflegt, wenn der „Familienehre" durch ihre Handlungen Gefahr droht, wäre zu einer Zeit möglich, wo Ärzte und Pädagogen ihre Kunst an solchen schwierigen Objekten noch erproben könnten. Auch der Treiberei gänzlich unfähiger Schüler, ihrer „Presserei" bis zum Einjährigen, wäre damit ein Riegel vorgeschoben.

Erst wenn es möglich sein wird, alle Imbezillen ohne Unterschied des Standes ihrer Eltern — aus welchem Milieu sie immer kommen — von ihrem neunten bis zum fünfzehnten Lebensjahr ihrer defekten Individualität gemäß zu beobachten und zu behandeln, und die Ergebnisse in eigenen Charakteristiken niederzulegen, dürften die Klagen von Eltern und Erziehern darüber verstummen, was aus diesen Psychopathen nach ihrer Schulentlassung werden soll. — Ich hoffe, daß sich mit der Begründung der von uns oben geschilderten Arbeitslehrkolonien auch Raum und Gelegenheit für Versorgung der aus Sonderschulen entlassenen jugendlichen Minderwertigen von bemittelten Eltern finden wird. Ob es da notwendig werden wird, etwas besonderes im Sinne der Arbeitslehrkolonie zu schaffen, oder ob Institutionen wie die oben genannter Bremenser Lehranstalt von Wintermann, das Erziehungsheim Trueper auf Sophienhöhe bei Jena, das Jugendheim von Dr. Ludwig Cron in Heidelberg, ferner all die frommen Stiftungen von privaten und kirchlichen Wohltätern, z. B. die Wernerstiftung in Reutlingen, wie sie sich in dem Stifterschen Buche und dem Frenzelschen Kalender aufgezeichnet finden, aufzuführen sind, wird von Fall zu Fall zu entscheiden sein. — Neben den früheren Lehrern der Imbezillen müssen die Ärzte und die Pädagogen befragt werden. Der schon vielfach genannte Ingenieur A. Grohmann in Zürich hat eine Vermittlungs- und Versorgungsstelle für erwachsene Imbezille eingerichtet. Die wichtigste Vorbedingung für den Erfolg aller erzieherischen Maßnahmen ist und bleibt die Einsicht der Eltern in die krankhaften Grundlagen, auf denen die Schwierigkeiten in der beruflichen Unterweisung und Förderung von Debilen und Imbezillen beruhen. — Wie in der Schule, so ist im Leben die rechtzeitige und richtige Erkennung und Einschätzung eines Minderwertigen der erste Baustein zum Tempel seines Glücks.

**Allgemeine Grundsätze zur ärztlichen und erziehlichen Behandlung von debilen und imbezillen Trägern des angeborenen Schwachsinns im jugendlichen Alter.**

1. Die Erkennung angeborener Geistesschwäche ist in den ersten drei Schuljahren möglich.

2. Die Feststellung geistiger Mängel, die einen Sonderunterricht nötig machen, geschieht am sichersten in gemeinsamer Beratung durch Lehrer und Ärzte.

3. Die Hilfsschulen für schwachbefähigte (schwachsinnige) Kinder bedürfen besonderer schulärztlicher Einrichtungen. — Ihre Ärzte müssen eine psychiatrische Vorbildung haben und den Hilfsschulen mehr Zeit widmen als den Volksschulen.

4. Die Lehrziele in den Hilfsschulen dürfen allerhöchstens den Mittelklassen einer Volksschule entsprechen. Die Schülerzahl in der Klasse darf nicht höher als 18 sein. Ein gemeinsamer Unterricht von Knaben und Mädchen ist anzustreben. Auf Anschauung und Handfertigkeit ist in Hilfsschulen mehr Wert zu legen, als auf Rechnen und Wortwissen. Eine strenge Auslese und besondere Besoldung der Lehrer für Hilfsschulen ist notwendig.

5. Die schulentlassenen Hilfsschulzöglinge bedürfen einer weitgehenden und langjährigen Fürsorge durch Fürsorgevereine. (Berufsvormünder, Pfleger, Fürsorger).

6. Die Debilen und Imbezillen müssen nach ihrer Schulentlassung fern von der Großstadt in besonderen Anstalten zur Arbeit erzogen werden. Die Einrichtung von Arbeitslehrkolonien mit Anschluß an Lehrstellen und Familienpflege (bei Kleinmeistern) am besten unter ländlichen Verhältnissen ist zu fördern.

7. Die gesetzliche Fürsorgeerziehung hat große Mängel, zu deren Beseitigung die Mitwirkung von Psychiatern dringend nötig erscheint.

8. Die Führung von Personalbogen über Schwachsinnige in der Schule und von Fürsorgeregistern nach der Schulentlassung bis zur Mündigkeit ist zur Beobachtung, Behandlung und Versorgung von Schwachsinnigen erforderlich; sie sollen dazu bestimmt sein, die Armen- und Justizverwaltung und die Aushebungsbehörden sowie die Heeresverwaltung über die Fähigkeiten und den Charakter der Schwachsinnigen zu unterrichten.

# Literatur.


Ammon, O., Die Gesellschaftsordnung und ihre natürlichen Grundlagen. Jena, G. Fischer, 1895.

Arbeitslehrkolonie, Die (Laquer, Sioli, Klumker und Grohmann). Sonderabdruck aus d. Jahrb. der Fürsorge I. 1906. Verlag v. O. S. Boehmert, Dresden, 1906.

Aschaffenburg, Prof. Dr. G., Das Verbrechen und seine Bekämpfg. Heidelberg, C. Winter, 1906.

Bayerthal, Dr. (Worms), Jahresberichte über die schulärztliche Tätigkeit an den Hilfsklassen der städtischen Volksschule in Worms in den Schuljahren 1903/04 und 1904/05.

Bender, Th. Dr., Maß der Lehrpausen und Lehrziele an höheren Unterrichtsanstalten. Sonderabdr. aus Zeitschr. f. Gesundheitspflege XVII. Jahrg. 1904.

Berkhan, Dr. O., Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. Für Ärzte und Lehrer dargestellt. Braunschweig 1899, Fr. Vieweg & Sohn, 2. Aufl., 1904.

Bonhöffer, Prof. Dr. (Breslau), Beitrag zur Kenntnis des großstädtischen Bettel- und Vagabondentums. 1900, Berlin, J. Guttentag.

Cassel, Dr. J. (Berlin), Was lehrt die Untersuchung der geistig minderwertigen Schulkinder im IX. Berliner Schulkreis? (Berlin, 1901, Oskar Coblentz.)

Doll, Dr. K. (Karlsruhe), Ärztliche Untersuchungen aus der Hilfsschule für schwachsinnige Schulkinder zu Karlsruhe. Karlsruhe, Macklot, 1902.

Eyerich, Dr. u. Loewenfeld, Dr., Beziehungen des Kopfumfanges zur Körperlänge und zur geistigen Entwicklung. Wiesb., 1905, Verlag v. J. F. Bergmann.

Gastpar, Dr., Gutachten über die Schularztfrage in Stuttgart. Stuttgart, W. Kohlhammer, 1904.

Gelpke, Dr., Über die Beziehungen des Sehorgans zum jugendlichen Schwachsinn. Halle, Marhold, 1904.

Gesunde Jugend, Zeitschr. f. Gesundheitspflege in Schule und Haus. B. G. Teubner, Leipzig u. Berlin. I.—V. Jahrgang 1900—1905.

Grohmann, Ingenieur in Zürich, Die Beschäftigung von Nervenkranken. Stuttgart, 1899, Ferd. Encke.

—, Der Schwachsinnige und seine Stellung in der Gesellschaft. 1900, Zürich, Ed. Bascher.

Huhn, E., Sächsische Schulzeitung. 1901. Nr. 22, 23, 24, 25 u. 26. Leipzig, J. Klinkhardt.

—, Mittel und Wege auch schwächer befähigte Kinder zur Erreichung des Zieles der einfachen Volksschule in den Hauptfächern zu bringen.

Kluge, Dr., Direktor d. Brandenb. Provinzialanstalt für Epileptische. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1906, Heidelberg, C. Winter.

Kohlrausch, Dr. jur. Ed., (Prof. in Königsberg), Die Resultate der kammergerichtlichen Rechtsprechung über das Fürsorgeerziehungsgesetz. Sonderabd. aus d. Monatsschr. f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform, C. Winter, Heidelberg, 1904.

Laquer, Dr. L. (Frankfurt a. M.), Die Hilfsschulen f. schwachbefähigte Kinder, ihre ärztliche u. soziale Bedeutung. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Kraepelin, Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1901.

—, Über schwachsinnige Schulkinder. Halle a. S., Verlag von Karl Marhold, 1902.

—, Die Mitwirkung der Ärzte bei der Ausführung des Preußischen Fürsorgeerziehungsgesetzes vom 2. Juli 1900. (Sonderabdr. aus d. Vierteljahresschr. f. Ger. Medizin usw. 3. Folge XXVI. Supl. H.).

—, Über die Bedeutung der Fürsorgeerziehung für die Behandlung Schwachsinniger. Versamml.-Ber. d. Deutschen Ver. f. Psychiater. Jena, 1903.

Leubuscher, Prof. Dr., Staatliche Schulärzte. Berlin, 1902, Verlag von Reuther u. Reichard.

Maennel, Dr. Rektor, Vom Hilfsschulwesen. Aus Natur und Geisteswelt. Verl. v. B. G. Teubner, Leipzig, 1905.

Marr, Dr. med., Untersuchung der Zöglinge der Hamburger Hilfsschulen i. Jg. 1903. Arch. f. soz. Medizin u. Hygiene. I. Bd. 1905. (Verl. v. C. W. Vogel, Leipzig.)

Mannheim, 1905, Das Schulwesen in Sep.-Abz. aus d. Festschrift zur 30. Jahresvers. des Deutschen Vereins f. öffentl. Gesundheitspflege.

Meltzer, Dr., Die staatliche Schwachsinnigenfürsorge im Königreich Sachsen. Sonderabdr. aus d. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 61, (Druck u. Verlag v. Georg Reimer, Berlin).

Moebius (Leipzig), Geschlecht u. Kopfgröße. Halle, 1903, C. Marhold.

Moenkemoeller, Dr. (Herberghe), Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsanstalt. (Allg. Zeitschr. f. Psychiatri, Bd. L. VI, S. 14).

Monti, Dr., Das Wachstum des Kindes von der Geburt bis einschl. der Pubertät. (Heft 6 d. Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen), Urban u. Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1898.

Moses, Dr. Jul. ((Nauheim), Die sozialen Tendenzen der Hilfsschulen f. Schwachbefähigte. Sonderabdr. aus sozial. Medizin und Hygiene, Bd. P., 1906.

Oebbeke, Dr. u. Thiemich, Dr., Breslauer Schulärztl. Berichte. 1904/05.

Pestalozzischule, Jahresbericht der, (Simultane Bürgerschule f. Knaben u. Mädchen) über das Schuljahr 1905/06. Frankfurt a. M., Wilhelm Budde, 1906.

Petzold, Dr. Oberlehrer in Spandau, Sonderschulen für hervorragend Befähigte.

Polligkeit, W. H, Direktor der Frankfurter Zentrale für private Fürsorge. Die Bedeutung der Berufsvormundschaft im Kampf gegen Verwahrlosung und Verbrechen. Sonderabdr. aus der Monatsschr. f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtform. C. Winter, Heidelberg.

Rodenwaldt, Dr. Oberarzt, a) Aufnahme des geistigen Inventars Gesunder als Maßstab für Defektprüfungen bei Kranken.

(Sonderabdr. aus d. Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, Bd. XVII. Ergänzungsheft). b) Der Einfluß der militärischen Ausbildung auf das geistige Inventar des Soldaten. (Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie. Bd. XIX. H. 1 u. 2).

Schlesinger, Dr. (Straßburg), Ästhesiometrische Untersuchungen und Ermüdungsmessungen an schwachbegabten Kindern. (Arch. f. Kinderheilkunde XII. 1900, H. 3 4.)

Schmid-Monnard, Dr. (Halle), Die Ursache der Minderbegabung von Schulkindern. Lit. aus Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. 1900. Nr. 10. (L. Von, Hamburg).

Schubert, Dr. Paul, Das Schularztwesen in Deutschland. Leop. Voß, Hamburg, Leipzig, 1905.

Seelig, Dr. (Lichtenberg), Psychiatr. Verein zu Berlin. Sitzungsber. v. 17. März 1906. Neurol. Zentralbl. Nr. 8, 1906.

Sioli, Dir. Dr. (Frankfurt a. M.), Erweiterte Aufgaben der großstädtischen Irrenfürsorge. (Deutsch. Verein f. Psychiatrie 1903. Versammlungsber. vor Jena).

Stier, Dr. Ewald, Über Verhütung u. Behandlung von Geisteskrankheiten in der Armee. Verl. v. Gebr. Lüdeking, Hamburg.

Thiemich, Dr., Über die Diagnose der Imbezillität im frühen Kindesalter. (D.M.W., 1900, Nr. 2).

Tippel, Dr. Kaiserswert, (Vortrag), Deutsch. Verein f. Psychiatrie. Ber. d. Jahresversamml. zu Dresden 28./29. April 1905. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 62. G. Reimer, Berlin.

Tuczek, Dr., Prof. in Marburg. Über das pathologische Element in der Kriminalität der Jugendlichen. Sonderabdr. aus d. Zeitschr. f. klin. Medizin. 53. Bd. 1901.

Weygandt Prof. Dr. (Würzburg). Leichtabnorme Kinder, 1905. Verlag v. C. Marhold, (Halle).

—

III.

# Zur Symptomatologie der Tumoren des Hinterhauptlappens.

Von Dr. Bernhard Rosenthal, Berlin.

Von Herderscheinungen bei Tumoren des Hinterhauptlappens sind zu nennen:

1. Hemianopsie und Hemiachromatopsie; 2. Rinden- und Seelenblindheit; 3. Alexie; 4. optische Aphasie; 5. optische Reizerscheinungen.

1. Hemianopsie ist eine bei Tumoren des Hinterhauptlappens sehr häufige Erscheinung. So fand sie Becké[1]) unter den 45 von ihm zusammengestellten Fällen bei 78%. Sie entsteht, sobald die optische Leitungsbahn an einer Stelle ihres Verlaufes vom Chiasma bis zur Okzipitalrinde unterbrochen wird. Da die Erkrankung hinter dem Chiasma liegt, ist die Hemianopsie eine homonyme, d. h. auf dem einen Auge fällt die nasale, auf dem andern die temporale Gesichtsfeldhälfte aus. Wie durch einen Tumor eines Okzipitallappens homonyme Hemianopsie erzeugt wird, entsteht durch Tumoren beider Hinterhauptlappen diese Affektion auf beiden Seiten oder, was dasselbe sagt, Verlust der Sehfähigkeit beider Augen. Doch ist diese Blindheit fast nie eine totale, sondern das zentrale Sehen ist meistens erhalten. Eine für alle Fälle zutreffende Erklärung dieser Erscheinung gibt es noch nicht. Nach einer Theorie tritt sie auf durch doppelte Vertretung der Macula in jeder Hemisphäre. Dem widerspricht die Tatsache, daß auch bei doppelseitiger kortikaler Hemianopsie die Maculagegend sehtüchtig zu bleiben pflegt.

Eine andere Erklärung gibt von Monakow: „Das Freibleiben des zentralen Sehens in der Mehrzahl der Fälle von beiderseitiger Hemianopsie ließe sich aber auch erklären, indem man annähme, daß die spezielle Repräsentationsstelle der Macula lutea im Cortex, die als besonders wichtige Region wohl auch mit Bezug auf die Zirkulationsverhältnisse besser als andere ausgestattet ist (Förster) gewöhnlich deshalb von der Läsion verschont würde. Die Erklärung kann aber selbstverständlich nicht für alle Fälle zutreffen."

---

[1]) A. Becké, Die bei Erkrankungen des Hinterhauptlappens beobachteten Erscheinungen, mit spez. Berücksichtigung der okularen Symptome. Zeitschrift für Augenheilkunde. Bd. XI. S. 227.

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Anschauungen und des vorhandenen Materials kommt v. Monakow zu dem Schluß, daß der Stelle des schärfsten Sehens im Cortex ein besonders umfangreicher, wahrscheinlich die gewöhnlich angenommenen Grenzen der Sehsphäre ziemlich weit überschreitender, wenn auch nicht durch Linien abzugrenzender Oberflächenbezirk eingeräumt ist.

Ein weniger häufig als die Hemianopsie vorkommendes Symptom ist die Hemiachromatopsie, ein Zustand, bei dem die homonyme Hälfte der Retina beider Augen für Farben blind ist. Besonders werden die Farben rot und grün nicht erkannt, oder wenn auch erkannt, so doch nicht richtig benannt, da die Farbeneindrücke nicht imstande sind, das die Farbe bezeichnende Wort auszulösen (Farbenaphasie).

Ein anderes Symptom, die amnestische Farbenblindheit nach Wilbrand, besteht darin, daß die Patienten die Farbe eines ihnen gut bekannten Gegenstandes sich nicht vorstellen können. So bezeichnen sie z. B. die Blätter eines Baumes als schwarz. Veranlaßt wird die Hemiachromatopsie durch Erschwerung der Tätigkeit der Sehsphäre auf einer Seite.

2. Die sog. Rindenblindheit des Menschen unterscheidet sich nach v. Monakow von derjenigen bei Tieren dadurch, daß beim Menschen doppelseitige komplette Hemianopsie nicht notwendig den völligen Verlust der Gesichtsvorstellungen in sich schließt. Ferner bleibt bei der doppelseitigen corticalen Hemianopsie des Menschen die Macula lutea frei, bei den von Munk operierten Tieren nicht. Aus der Rindenblindheit des Menschen entwickeln sich, je nach Sitz und Ausdehnung des erkrankten Herdes, mehr oder weniger hochgradige psychische Störungen auf optischem Gebiet, so erschwerte Orientierung im Raum, Stumpfheit, Störung der Merkfähigkeit für optische Eindrücke, Verlust der optischen Einbildungskraft, optische Agnosie, das ist der Verlust der Fähigkeit, gesehene Dinge zu erkennen, und endlich optische Aphasie, das ist Verlust der Fähigkeit, gesehene Dinge zu benennen. Diese letzteren Störungen decken sich mit dem Begriff der Seelenblindheit. Ebenso wie das seelenblinde Tier sieht der seelenblinde Mensch die Gegenstände, aber er erkennt sie nicht wieder.

Bedingt wird die Seelenblindheit durch tiefgehende, ausgedehnte symmetrische Zerstörungen beider Hinterhauptslappen, besonders der lateralen Windungen, doch kann sie auch auftreten, wenn der Erkrankungsherd einseitig, und zwar auf der linken Seite gelegen ist. Nach nur rechtsseitiger Erkrankung des Hinterhauptlappens ist Seelenblindheit bis jetzt in keinem Falle beobachtet worden.

3. Ein weiteres Symptom der Tumoren des Hinterhauptlappens ist die Alexie. Unter 45 Fällen Beckés war sie bei 11% vorhanden.

Man versteht unter Alexie die Unfähigkeit der Patienten, ein Wort zu lesen, bzw. ein gelesenes Wort zu verstehen. Es gibt zwei Stufen der Alexie. Bei der ersten können die Patienten den einzelnen Buchstaben nicht lesen, bei der zweiten können sie die gelesenen Buchstaben nicht zu einem Wort zusammenbringen. Obwohl also diese Patienten nicht lesen können, ist ihre Fähigkeit zu schreiben intakt. So berichtet Bruns von einem 35jährigen Mann, bei dem sich schwere Allgemeinsymptome eines Tumor cerebri zeigten. Dieser Mann blieb, obwohl er nicht mehr lesen konnte, Buchhalter in einem Geschäft. Diese Patienten können also schreiben, können aber ihre eigenen Briefe nicht lesen.

Für das Symptom der Alexie sind verschiedene Erklärungen gegeben worden. Einige Autoren nehmen ein besonderes „Lesezentrum“ im Gyrus angularis an. Dort soll ein kleiner Rindenbezirk sein, in dem die Erinnerungsbilder der Buchstaben deponiert sein sollen. Die Ansicht wird von neueren Autoren (Bruns, Redlich, v. Monakow u. a.) verworfen, da sie aus allgemein anatomischen und physiologischen Gründen nicht zulässig sei.

Die anatomische Schädigung, durch die Alexie hervorgerufen wird, besteht nach v. Monakow unter Zustimmung vieler anderer Autoren in erster Linie in einem Ausfall bzw. in einer Schädigung von Assoziationsfasersystemen mehrerer Kategorien (sowohl der langen als auch der kurzen), namentlich im linken Parieto-Okzipitallappen.

4. Ein weiteres häufiges Symptom der Tumoren des Hinterhauptlappens ist die optische Aphasie. Man versteht darunter die Unfähigkeit der Patienten, die richtige Bezeichnung für gesehene Dinge und gelesene Worte zu finden. Sie erkennen die Gegenstände sehr wohl und finden das sie bezeichnende Wort, sobald sie Sachen betasten. Dieses Symptom findet sich, wenn Tumoren tief im Mark beider oder auch nur des linken Hinterhauptlappens sitzen. Durch diese Tumoren wird entweder das Zentrum der optischen Erinnerungsbilder zerstört oder der Verbindungsweg zwischen dem zentralen Sehzentrum und dem motorischen Sprachzentrum unterbrochen. Dieser zieht vom linken Hinterhauptlappen direkt durch den linken Fasciculus longitudinalis superior, vom rechten Hinterhauptlappen durch den rechten Fasciculus longitudinalis superior, von da durch die Balkenstrahlung zu derselben Stelle der linken Hemisphäre.

5. Optische Reizerscheinungen und Gesichtshalluzinationen fand Becké unter 45 Fällen 13mal. Unter dem Gefühl von Schwindel tritt Flimmern vor den Augen auf, das meist rasch zunimmt, bis nichts mehr gesehen wird. Die Anfälle dauern eine Viertel- bis eine halbe Stunde. Beide Augen werden in gleicher Weise

befallen in Form der Hemianopsie. Bruns[1]) schildert im „Neurologischen Zentralblatt" einen Fall, bei dem eigenartige Gesichtshalluzinationen auftraten:

„Es handelt sich um einen 50jährigen Hauptmann a. D., der vor einigen Jahren vom Pferde gestürzt war und sich dabei eine Verletzung am Kopfe zugezogen hatte. Infolge davon entwickelte sich ein Tumor im Marke des linken Hinterhauptlappens, der rechtsseitige homonyme Hemianopsie veranlaßte. In der damals ausgefallenen rechten Gesichtshälfte hatten früher Reizerscheinungen und echte Sinnestäuschungen bestanden. Der Patient sah hier Funken, Lichter und Blitze, ferner Gestalten, die mit weit ausgestreckten Krallen von rechts auf ihn einstürmten."

Diese Gesichtshalluzinationen und das Flimmern vor den Augen sind vorübergehende Erscheinungen: man meint sie auf Innervationsstörungen der Gefäße zurückführen zu können, deren Sitz im optischen Rindenfeld des Okzipitallappens sei. Die Zirkulationsstörung macht eine Reizung der optischen Elemente, welche nach den Gesetzen der Projektion das Flimmern in die Außenwelt verlegen, indem gleichzeitig die Perzeption der peripheren Eindrücke aufgehoben ist. Flimmern vor den Augen ist nicht immer auf eine organische Gehirnerkrankung zu beziehen. Es kann eine rein funktionelle Erscheinung sein und nur ausnahmsweise ist es der Vorbote eines Hirntumors, der dann bald zu Erblindung der betreffenden Netzhauthälfte führt. In der Literatur sind viele Fälle verzeichnet, bei denen als erstes Symptom eines Tumors des Hinterhauptlappens Flimmern vor den Augen und dann Erblindung eintrat.

Wenn also diese oben geschilderten Symptome vorhanden sind, kann man mit Sicherheit sagen, daß der Tumor im Hinterhauptlappen sitzt. Von dieser Lokalisation darf man sich nicht abbringen lassen dadurch, daß häufig Symptome auf andere Teile des Gehirns hinweisen. Denn außer den Lokalsymptomen macht fast jeder Tumor durch Druck auf seine Umgebung und die benachbarten Hirnpartien sowie durch Absperrung der Blutzufuhr zu denselben Symptome, die also nicht vom Tumor direkt ausgehen und als Nachbarschaftssymptome bezeichnet werden.

Die Nachbarschaftssymptome bei Tumor des Hinterhauptlappens können ausgehen 1. vom Schläfenlappen, 2. vom Scheitellappen, 3. von den Zentralwindungen und den von ihnen ausgehenden und zu ihnen hinführenden Leitungsbahnen, 4. vom Kleinhirn.

1. Durch Kompression des Schläfenlappens können dieselben Symptome ausgelöst werden, wie durch primäre Erkrankung desselben. Einen Tumor des rechten Schläfenlappens zu lokalisieren ist nicht

[1]) Bruns, Über zwei Fälle von Tumor im linken Hinterhauptlappen. Neurologisches Zentralblatt 1900, S. 586

möglich, da es keine ihm eigentümliche Symptome gibt. Ein Tumor des linken Schläfenlappens dagegen ist leicht und sicher aus sensorischer Aphasie zu erkennen. Dieses Symptom kann also auch als Nachbarschaftssymptom bei Tumoren des linken Hinterhauptlappens vorhanden sein.

2. Welche Erscheinungen durch Druck auf die Scheitellappen ausgelöst werden, ist wenig bekannt. Wernicke verlegt in den Scheitellappen das Zentrum für die Bewegung der Augen. Tatsächlich läßt sich auch durch Reizung dieser Rindenregion bei Tieren mit dem elektrischen Strom Bewegung der Augen hervorrufen, doch soll das ein Reflexvorgang sein, veranlaßt durch Reizung der optischen Rinde. Es ist aber sicher, daß durch Reizung der Rinde des Scheitellappens auch durch andere Einflüsse Augenbewegungen auftreten können. Ferner gehen wahrscheinlich direkt vom Scheitellappen Störungen der Sensibilität aus.

3. Weit wichtigere und häufigere Nachbarschaftssymptome von Occipitaltumoren entstehen durch Druck auf die Zentralwindungen und die motorischen und sensiblen Leitungsbahnen im Gehirn. Denn hierdurch entstehen auf der dem Tumor entgegengesetzten Körperseite zunächst häufig sensible Störungen: Parästhesien (Kriebeln, Ameisenlaufen), Hypästhesien, Anästhesien, Störungen des Schmerz- und Temperatursinns, ferner Störungen des stereognostischen Sinnes und des Lagegefühls mit Ataxie (Bruns). Dann folgen oft Krämpfe tonischen und klonischen Charakters. Da Krämpfe durch Reizung motorischer Zentren der Hirnrinde entstehen, finden sich als Nachbarschaftssymptom der Hinterhauptstumoren, welche durch Druck die Rinde der Zentralwindungen in einem dauernden Reizzustand erhalten, anhaltende einseitige Krämpfe der oberen und unteren Extremität, eine sog. hemiplegische Kontraktur derselben.

4. Symptome von seiten des Kleinhirns, charakterisiert durch zerebellare Ataxie, sind selten, da das straffe und feste Tentorium zerebelli dem andrängenden Tumor nur wenig weicht und somit eine Kompression des Kleinhirns verhindert.

Als Nachbarschaftssymptome von Tumoren des Hinterhauptlappens finden sich also: sensorische Aphasie, monolateraleStörungen der Sensibilität und Motilität, Schwäche in den Extremitäten und schlaffe oder spastische Lähmungen derselben, sowie zerebellare Ataxie.

Ich lasse nun die Krankengeschichte eines Falles folgen, der im Beginn der Krankheit in der Augenklinik in Gießen, dann einige Tage in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, von da bis zu dem ein halbes Jahr später erfolgenden Exitus vom behandelnden Arzte Herrn Dr. A. beobachtet wurde.

## Krankengeschichte
### des Gerbereiarbeiters K. H. aus N. 65 Jahre alt.

**Anamnese:** Aus dem Begleitschreiben des Arztes geht hervor: Der Patient klagte in der letzten Zeit häufig über Kopfweh und Schwächegefühl in den Beinen. Bald darauf stellte sich Schwindelgefühl ein, das zuerst durch Arteriosklerose bedingt erschien. Von dieser Meinung ging der behandelnde Arzt aber ab, als er bei Untersuchung des Augenhintergrundes Veränderungen fand, die ihm als das Bild der Papillitis erschienen. Die Kopfschmerzen hatten sich in den letzten Tagen so gesteigert, daß eine Überweisung in die Klinik notwendig wurde. Patient wurde am 15. V. 05 in die Augenklinik aufgenommen und am 24. V. 05 in die Klinik für psychische und nervöse Krankheiten verlegt.

Vom Patienten selbst erfahren wir anamnestisch folgendes:*

Heredität ist weder in der Aszendenz, noch in der Deszendenz festzustellen. Patient hat drei verheiratete Töchter, die gesund sind.

Er selbst will nur wenig krank gewesen sein. Er hat bereits als Kind etwas gestottert. 1870 war er als Menagefuhrmann mit im Krieg und machte danach schweren Typhus durch. Durch große Anstrengung beim Heben erwarb er einen Bruch. Seit etwa drei Wochen verspürt Patient häufig Kopfschmerzen, besonders in der Stirn, Schwäche in den Armen und Beinen, links mehr als rechts, sowie Schwindel. Patient will nie geschlechtskrank gewesen sein, nie einen größeren Ausschlag gehabt und nie eine Verletzung am Kopf erlitten haben.

**Status praesens:**

24. V. 05. Der Gang des Patienten hat spastischen Charakter. Das linke Knie und Fußgelenk werden nicht bewegt, auch passive Bewegungen desselben gelingen nicht, da hochgradige Steifigkeit besteht. Der Patient richtet sich mühsam im Bett auf und kann es ohne fremde Hilfe nicht verlassen. Der linke Arm wird dabei nicht benutzt, seine Muskulatur ist zum großen Teil im Kontrakturzustand. Patient bedarf auch beim Gehen der Stütze. Kniephänomene beiderseits gesteigert. Rombergsches Phänomen sehr ausgesprochen. Sprache stark alteriert.

Stimmung freundlich, gegenwärtig keine Schmerzen, jedoch Müdigkeit. Schläft bald nach der Mahlzeit ein und die ganze Nacht durch.

25. V. 05. Heute morgen ist der Patient heiter und freundlich, meint, es ginge ihm nun doch bereits viel besser, die Wärme im Bett müsse ihm gut getan haben. So wohl habe er sich lange Zeit nicht gefühlt.

**Körperlicher Zustand:**

Ziemlich großer Mann in schlechtem Ernährungszustand, in Anbetracht seines Alters jedoch rüstig.

Haut blaß bis auf die Hände, die cyanotisch verfärbt sind, besonders links. (Diese blaue Verfärbung soll schon lange bestehen und Folge von Erfrierung derselben sein, die er vor mehreren Jahren in der Gerberei erlitten hat.)

Links äußere Inguinalhernie.

Linker Arm und linkes Bein kürzer als rechts. (Patient gibt an, seit etwa einem Vierteljahr zu hinken.) Entsprechende kompensatorische Skoliose der Wirbelsäule, so daß der rechte Hüftknochen höher steht als der linke.

Schädel: Asymmetrisch. Rechtes tuber frontale mehr entwickelt als linkes. Linkes tuber parietale mehr als rechtes. Die Pfeilnaht verläuft schräg von links hinten nach rechts vorn.

Nasenwurzel weicht etwas nach rechts ab. Die Ohren sind gleich lang, nicht mißgestaltet.

Rechter Arcus superciliaris steht höher als linker, ebenso rechtes Auge, desgleichen rechter Arcus cygomaticus, der auch mehr entwickelt ist als der linke. Tiefe Querfurchen der Stirn von rechts oben nach links unten verlaufend.

Narben am Kopf sind nicht vorhanden.

Schädelmaße: Arcus biparietalis 30,0; Arcus frontooccipitalis 30,5; Diameter biparietalis 14,0; Diameter frontooccipitalis 18,5; Umfang 55,5.

**Mundhöhle:** Ohne pathologischen Befund. Gebiß sehr defekt.

Von seiten der Lunge, des Herzens und der Abdominalorgane nichts Auffallendes.

**Puls:** Gleichmäßig 72 pro Minute, etwas hart. Temporalarterien nicht palpabel.

**Augen** (Untersuchung in der Augenklinik):

Rechtes Auge: Sehschärfe $^{5}/_{5}$ stenop. Es ist blaß, reizlos, die brechenden Medien sind klar. Die Papille zeigt an dem temporalen Rande einen hellgelblichen Ring ähnlich einem halo glaucomatosus. Papille selbst etwas rötlich, aber noch in physiologischen Grenzen. Gefäße nicht abgeknickt, Venen ziemlich stark gefüllt, Arterien von normaler Form. — Leichte Atropin-Mydriasis.

Linkes Auge: Sehschärfe o.

Blaß, reizlos. Cornea klar, tiefe Vorderkammer. Iris zeigt totale hintere Synechie an die vordere Linsenkapsel. Linse total grauweiß, getrübt, scheint bereits etwas geschrumpft, da die Vorderkammer tief ist. Keine Drucksteigerung.

Gesichtsfeldaufnahme ergibt:

auf dem rechten Auge eine hochgradige Einschränkung nasalwärts. Die Farben blau und grün werden im nasalen Teil des Gesichtsfeldes oft verwechselt,

auf dem linken Auge fällt sie wegen der bestehenden Cataract negativ aus.

**Pupille:** Rechts reagiert prompt und ausgiebig auf Lichteinfall.

Links keine Reaktion (Cataracta).

**Reflexe:**

Kniephänomene gesteigert, links mehr als rechts. Das linke Bein wird nur minimal im Kniegelenk gebeugt und stark innerviert. Ober- und Unterschenkel geraten kurze Zeit in mäßig schnelle kurze Zuckungen bei Beklopfen der Kniesehne;

Achillessehnenreflex und Fußsohlenreflex ebenfalls links lebhafter als rechts. Auch beim Beklopfen der Achillessehne treten rechts die Zuckungen auf.

Cremaster-, Abdominal- und Pectoralreflexe fehlen.

Übrige Reflexe ohne besonderen Befund.

**Sensibilität** (die Angaben des Patienten sind nicht konstant).

Pinselberührungen werden rechts gut wahrgenommen, links an Rumpf und Extremitäten sehr unsicher.

Spitz und stumpf wird rechts überall gut unterschieden, links hat nur Schmerzempfindung statt (stumpf wird nur bei Druck wahrgenommen).

Unterscheidung von warm und kalt beiderseits nicht prompt, ohne typische Lokalisation.

Lagegefühl:

Rechts gut, links herabgesetzt.

**Motilität:**

Ganz eigentümlich steif und unsicher. Linke Körperseite nach links geneigt. Rumpf nicht vornüber gebeugt. Das linke Bein wird in ziemlich steifer Haltung mit steifem Fußgelenk etwas nachgeschleift.

Bei Gehversuchen:

Pro-, Retro- oder Lateropulsion besteht nicht. Eine gewisse Gleichgewichtslabilität ist vorhanden, jedoch wechselnd bei wechselnden Versuchen.

Beim Stehen:

Stehen mit leicht gespreizten Beinen gut möglich, beim Versuch, mit geschlossenen Beinen zu stehen, Umfallen nach der linken Seite.

Aktive und passive Beweglichkeit rechts gut, links gleichmäßig erschwert. Links tritt bei intendierten Bewegungen leichtes Zittern auf (in Arm und Bein).

**Sprache:**

Sehr wechselnd, bald fast ungehindert, bald gleichsam durch übertriebene Innervation stark gehindert, gleichzeitig auch stotternd, jedoch nicht skandierend.

Geringer Tremor der Finger, rechts mehr als links.

Leichter Nystagmus horizontalis.

Bei Bewegungen des linken Beines Mitbewegungen, besonders des linken Armes.

Idiomuskuläre Erregbarkeit nicht gesteigert.

**Geistiger Zustand.**

Die zeitliche Orientierung weist Lücken auf, die Schulkenntnisse sind mangelhaft, das Rechenvermögen ist sehr gering, wie aus den nun folgenden Fragebögen hervorgeht.

1. Fragebogen betreffend Orientiertheit usw. *
2. Schema zur Prüfung der Schulkenntnisse.
3. Rechenbogen.

## Fragebogen betr. Orientiertheit usw.

Name: K. H. Datum: 25. V. 05. Wochentag: Donnerstag. Tageszeit: 4 h. p. m.

1. Wie heißen Sie? K. H. (richtig).
2. Was sind Sie? Gerber (richtig).
3. Wie alt sind Sie? 65 Jahre, am 25. Februar 1840 geboren (richtig).
4. Wo sind Sie zu Hause? In Nassau (richtig).
5. Welches Jahr haben wir jetzt? 1905.
6. Welchen Monat haben wir jetzt? Mai.
7. Welchen Tag im Monat haben wir heut? vacat, 15. oder 16.
8. Welchen Wochentag haben wir heut? Donnerstag.
9. Wie lange sind Sie hier? Sonntag werden es 14 Tage (Datum weiß er nicht).
10. In welcher Stadt sind Sie? Gießen.
11. In was für einem Hause sind Sie? Klinik.
12. Wer hat Sie hierher gebracht? Der Friedrich, der Wärter aus der Klinik.
13. Wer sind die Leute in diesem Hause? Doktor, Professor, Kranke.
14. Wer bin ich? Doktor.
15. Wo waren Sie vor acht Tagen? In Nassau.
16. Wo waren Sie vor einem Monat? In Nassau.
17. Wo waren Sie vorige Weihnachten? In Nassau.
18. Sind Sie traurig? Jetzt ja, weil ich krank bin.
19. Sind Sie krank? Ja, ich bin nervenkrank, weil ich nicht gehen kann.
20. Werden Sie verfolgt? } Nicht gefragt.
21. Werden Sie verspottet? }
22. Hören Sie schimpfende Stimmen? }
23. Sehen Sie schreckhafte Gestalten? }
24. Warum frage ich Sie dies alles? Weiß ich nicht.

## Schema zur Prüfung der Schulkenntnisse.

Name: K. H. Datum: 25. V. 05. Tageszeit: 5 h. p. m.

1. Alphabet: a, b, c, d, f, g, h, y, z.
2. Zahlenreihe 712 — 715 — 718 — 725.
3. Monatsnamen: richtig.
4. Wochentage: richtig.
5. Vater unser: Kennt nur den Anfang.
6. Zehn Gebote: vacat.
7. :,: Deutschland :,: über alles: vacat.
8. Wie heißen die größten Flüsse in Deutschland? Lahn, Rhein, Mosel.
9. Wie heißen die Hauptgebirge in Deutschland: vacat.
10. Wie heißen die deutschen Bundesstaaten? vacat.
11. Wie heißt die Hauptstadt von:
    a) Deutschland? Berlin.
    b) Preußen? Berlin.
    c) Sachsen? vacat.
    d) Bayern? vacat.
    e) Württemberg? vacat.
    f) Hessen? vacat.
12. Zu welchem Staate gehören Sie? Zum preußischen (richtig).
13. Wer führte 1870 Krieg? Kaiser Wilhelm mit Napoleon.
14. Wer führte 1866 Krieg? vacat.
15. Wie heißt der jetzige deutsche Kaiser? Wilhelm II.
16. Wann starb Kaiser Wilhelm I.? vacat.

## Rechenbogen.

### Kopfrechnen.

Name: K. H. Datum: 25. V. 05. Tageszeit: 5 h. p. m.

| Frage | Antwort | Zeit | Bemerkung | Frage | Antwort | Zeit | Bemerkung |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1× 3= | 3 | | | 3— 1= | 2 | | |
| 2× 4= | 8 | | | 8— 3= | 5 | | |
| 3× 5= | 15 | | | 13— 5= | | | |
| 4× 6= | 24 | langsam | | 18— 7= | | | |
| 5× 7= | Soviel Verstand habe ich nicht mehr, mein Gedächtnis wird alle Stunden schwächer. | | | 29—10= | | | |
| 6× 8= | | | | 40—13= | vacat | | |
| 7× 9= | | | | 51—16= | | | |
| 8×10= | | | | 62—19= | | | |
| 9×11= | | | | 73—22= | | | |
| 12×13= | vacat | | | 84—25= | | | |

| Frage | Antwort | Zeit | Bemerkung | Frage | Antwort | Zeit | Bemerkung |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2+ 2= | 4 | | | 2 : 1= | | | |
| 3+ 4= | 5 | | | 8 : 2= | | | |
| 4+ 6= | 8 | | | 18 : 3= | | | |
| 5+ 8= | } vacat | | | 32 : 4= | | | |
| 8+14= | | | | 50 : 5= | } vacat | | |
| 11+20= | 31 | | | 18 : 6= | | | |
| 14+26= | | | | 35 : 7= | | | |
| 17+32= | } vacat | | | 56 : 8= | | | |
| 20+38= | | | | 81 : 9= | | | |
| 23+44= | | | | 110 : 10= | | | |

26. V. 05. Patient tendiert lebhaft nach Hause, meint, es würde hier nicht besser werden, ja wenn er nach Ems gehe, da brauche er wohl nur ein oder zwei Bäder zu nehmen, um gesund zu werden, da seien schon viele Leute von „steifen Knochen" geheilt worden. Er zeigt wenig Einsicht.

28. V. 05. Patient wird nach viertägigem Aufenthalt nach Hause entlassen, da er nicht zu bewegen ist, länger in der Klinik zu bleiben.

Zu Hause wird er von Herrn Dr. A. weiter behandelt, der in drei Berichten den weiteren Verlauf der Krankheit schildert.

Ich gebe die Daten der einzelnen Berichte an, damit aus denselben die zeitliche Entwicklung der Krankheit hervorgeht:

Bericht vom 14. Juni 1905:

Die Lähmung der linken Seite hat erheblich zugenommen. Das Gesicht ist besonders stark befallen. Arm und Bein sind deutlich paretisch. Die Sensibilität ist ebenfalls erheblich gestört. Das Allgemeinbefinden läßt zu wünschen übrig.

Bericht vom 26. Juni 1905:

Die Krankheitserscheinungen haben sich erheblich verschlimmert. Seit acht Tagen ist Patient beständig bettlägerig und nimmt sehr wenig Nahrung zu sich. Der Schlaf ist schlecht. Das Bewußtsein ist zeitweilig getrübt, die Sprachstörung hat noch zugenommen. Patient ist zeitweilig verwirrt. Die Lähmungserscheinungen sind weiter fortgeschritten. Der linke Arm, der bei Rückkehr des Patienten noch bis zur Horizontalen gehoben werden konnte, wird jetzt mit großer Mühe nur noch etwa um 20 cm erhoben. Das Bein ist noch etwas besser beweglich. In der Wadenmuskulatur zeigen sich sowohl links wie rechts häufig auch in der Ruhe Zuckungen einzelner Muskeln. Patellarreflex beiderseits noch etwas gesteigert, aber nicht sehr lebhaft. Tast- und Schmerzempfindung links wesentlich herabgesetzt, jedoch scheint die offenbare Verminderung der Intelligenz eine genaue Beobachtung zu beeinträchtigen. Wenn die Nahrungsaufnahme derartig schlecht bleibt, dürfte der Exitus in absehbarer Zeit zu erwarten sein.

Bericht vom 12. November 1905.

Der Zustand des Patienten ist im allgemeinen der gleiche geblieben, nur bildete sich mehr und mehr Abmagerung und große Schwäche heraus, so daß der Patient fast stets, in den letzten vier Wochen immer, zu Bett liegen mußte. Der gelähmte linke Arm wurde fest kontrakturiert gehalten, das linke Bein war gestreckt. Reflexe unverändert. In der letzten Woche klagte Patient oft über starke Schmerzen in Arm und Bein, oft auch über Kopfschmerzen, jedoch nicht zu starke. Das Sen-

sorium war zeitweilig tagelang stark getrübt, so daß Patient irre Reden führte, niemand erkannte, Unruhe zeigte, fort wollte usw. Dann wieder war er klarer, unruhige Bewegungen mit den Händen auf der Bettdecke kamen jedoch fast stets vor. Patient riß den Vorhang und das Bettzeug entzwei. Zeitweilig schrie er laut und machte nachts großen Lärm. Er schlief wenig, doch änderte sich der Zustand häufig. Erbrechen hatte der Kranke nie. Die Nahrungsaufnahme war lange Zeit sehr schlecht. Puls gewöhnlich 60—68, erst in den letzten drei Tagen 120 und mehr. In den letzten Wochen bildete sich ein starker Decubitus am Kreuzbein und an den Schulterblättern aus. Am 10. November 4 Uhr nachmittags erfolgte der Tod.

Die Sektion wurde vom behandelnden Arzte ausgeführt und das Gehirn der Klinik eingesandt. Das Rückenmark konnte nicht seziert werden.

### Beschreibung des Gehirns.

An der Oberfläche des Gehirns ist wenig zu bemerken. Die Gyri sind abgeflacht, die Sulci verstrichen. Die Venen erscheinen stark gefüllt. Die rechte Hemisphäre ist etwas größer als die linke. Der hintere Pol des rechten Okzipitallappens fühlt sich verhärtet an. An derselben Stelle fällt eine dunkle Verfärbung der Gehirnsubstanz auf, die sich auf dem Durchschnitt als Tumor erweist. Der Tumor hat kuglige Gestalt, sein Durchmesser beträgt 3 cm. Er nimmt den ganzen Cuneus ein, die Gehirnrinde dort gänzlich zerstörend. Unterhalb der Fissura calcarina erscheint die Gehirnsubstanz in mäßiger Ausdehnung erweicht. Der Tumor beginnt in der Rinde des Cuneus und erstreckt sich lateralwärts bis zur medialen Wand des Hinterhorns. Je weiter die Frontalschnitte durch das Gehirn vom hinteren Pol entfernt sind, desto kleiner wird der Durchschnitt des Tumors, desto mehr rückt er von der medialen Rinde in die Marksubstanz des Hinterhauptlappens. In der Höhe des Splenium corporis callosi umgibt ein Erweichungsherd das Hinterhorn des rechten Seitenventrikels von allen Seiten. Der Erweichungsherd spitzt sich nach vorne immer mehr zu, so daß 1 cm vor der Höhe des Splenium corporis callosi nur einige dunkelblaue Tupfen in dem den Seitenventrikel von oben umgebenden Mark zu sehen sind.

In der linken Hemisphäre ist keinerlei Veränderung. Im hintersten Teil des Balkens findet sich, da wo die Strahlung desselben den linken Seitenventrikel begrenzen hilft, ein etwa bohnengroßer dunkler Fleck, der als Erweichungsherd anzusprechen ist. Er überschreitet die Medianfläche nur wenig. Sonst findet sich an dem Balken keine Veränderung.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Gliom handelte.

## Epikrise.

Betrachten wir noch einmal zusammenfassend die einzelnen Symptome, die das Krankheitsbild liefert und untersuchen wir ihren diagnostischen Wert.

Wie aus der Anamnese hervorgeht, handelte es sich um einen bis dahin nur einmal krank gewesenen 65 jährigen Mann, bei dem plötzlich häufige Kopfschmerzen, Schwindel und Schwächegefühl in den Beinen auftraten. Diese Angaben ließen eine organische Erkrankung vermuten, und zwar deuteten sie auf das Gehirn hin.

Die körperliche Untersuchung bestätigt diese Vermutung und ließ den Sitz der Erkrankung näher bestimmen. Es zeigte sich nämlich

Störung der Sensibilität und Motilität ausschließlich auf einer Seite. Für intracranielle Erkrankung sprach auch die verdächtige Papille des linken Auges sowie die erhöhte Füllung der Venen des linken Augenhintergrundes.

Gleich im Anfang war die aktive und passive Beweglichkeit des linken Fußes nicht möglich, der linke Arm war paretisch, wurde später aber fest kontrakturiert gehalten. Diese Symptome wiesen auf eine Erkrankung der rechten Hemisphäre hin.

Die Untersuchung des Gesichtsfeldes, die infolge der auf dem linken Auge bestehenden Cataract nur rechts vorgenommen werden konnte, ergab hochgradige Einschränkung des Gesichtsfeldes nasalwärts und Hemiachromatopsie, ein Befund, der für Schädigung des rechten Hinterhauptlappens spricht.

Der Puls war etwas verlangsamt, die Papille, wie oben erwähnt, verdächtig auf Stauungspapille, der Patient litt, wie aus der Anamnese hervorgeht, an Kopfschmerz und Schwindel. Aus diesen Symptomen konnte die Diagnose Tumor cerebri gestellt werden; bestärkt wurde sie aus dem psychischen Befund: Es fand sich, daß der Patient zeitlich nicht orientiert war, daß seine Schulkenntnisse außerordentlich lückenhaft und die Resultate des Rechenversuchs sehr ungünstig waren. Auch die starke Benommenheit, die unterbrochen wurde von Erregungszuständen, dann die wirren Reden und die lang anhaltende Bewußtlosigkeit ließen sich sehr wohl im Sinne dieser Diagnose verwenden. Aus dem oben erwähnten Befund des Gesichtsfeldes zusammen mit den andern Symptomen war die Diagnose eines Tumors des rechten Hinterhauptlappens gesichert.

Dieser Tumor mußte auch die innere Kapsel entweder ergriffen oder aber durch Kompression derselben Nachbarschaftssymptome ausgelöst haben. Denn nur so sind die anderen krankhaften Erscheinungen zu erklären.

Es fand sich nämlich spastischer Gang und Schwächegefühl in den Beinen, Kontraktur des linken Armes und Beines, Verkürzung beider und Neigung des Körpers nach links. Die Reflexe waren, soweit sie überhaupt vorhanden waren, links gesteigert; links fand sich ferner Patellar- und Fußklonus.

Ebenfalls auf eine Schädigung der inneren Kapsel deuteten die Störungen der Sensibilität hin: Spitz und stumpf konnte links nicht unterschieden werden, Pinselberührungen wurden links nur unsicher empfunden, das Lagegefühl war links herabgesetzt.

Die oben entwickelte Diagnose Tumor des rechten Hinterhauptlappens unter Mitbeteiligung der inneren Kapsel wurde durch die Sektion bestätigt.

---

I.

# Assoziationen bei Geisteskranken.

Von Dr. L. **Bouman,** Direktor der Irrenanstalt „Bloemendaal“ in Loosduinen (Holland).

---

Die experimentelle Psychologie hat schon eine stattliche Reihe von Arbeiten über Assoziationen geliefert. Die Resultate haben aber bei weitem nicht allen Erwartungen entsprochen. Eine der hauptsächlichsten Ursachen dafür muß m. E. darin gesucht werden, daß man der Kompliziertheit der Bedingungen, unter denen man arbeitete, nicht genügend Rechnung trug. Die Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Resultate häufen sich noch ungemein, wenn man die Experimente bei Geisteskranken macht, und es kann vor allem auf diesem Gebiet vor voreiligen Schlüssen nicht genug gewarnt werden. Man bewirkt sonst leicht das Gegenteil von dem, was man hofft, daß nämlich die experimentelle Psychologie immer mehr den ihr gebührenden Platz in der Psychopathologie sich erringen werde.

Auf diesem Gebiet heißt es vor allen Dingen vorsichtig zu wägen, und nur dann etwas bestimmtes zu sagen, wenn man sich gegen die verschiedenen Fehlerquellen gedeckt hat.

„Bedingung experimenteller psychopathologischer Arbeit ist ein gewisses Maß von Arbeit seitens der experimentellen Normalpsychologie,“ sagt Helpach in seiner jüngst erschienenen Arbeit im „Archiv für die gesamte Psychologie“ (VII. Bd., III. u. IV. Heft, S. 192), und von diesem Grundsatz bin ich auch bei meinen Studien ausgegangen.

In der unter Leitung von Prof. Winkler erschienenen Dissertation von Dr. van der Plaats (Amsterdam 1898) sind die Resultate aufgezeichnet, die er mit der sogenannten Antwortmethode bei 34 Versuchspersonen mit einfachen einsilbigen Reizworten erhalten hatte. Weil die Mehrzahl der Versuchspersonen gebildete Leute waren (meistens Studenten oder Ärzte), mußte meine Vorarbeit darin bestehen, daß ich diese Versuche auf andere soziale Gruppen, und zwar von niedriger Bildung, ausdehnte. Dafür wählte ich das Pflegepersonal, und zwar in zwei Kategorien, eine Gruppe von Personen, die unmittelbar in den Dienst eingetreten waren und eine andere Gruppe, die nach mindestens dreijähriger Lehr-

zeit das Diplom von Pflegern und Pflegerinnen im psychiatrischen Dienst erworben hatten.

Die Pflegerinnen, die zu der ersten Gruppe gehörten, waren Mädchen einfacher Herkunft, und ich hatte mich mit Hilfe der Fragebogen von Sommer über die Schulkenntnisse einigermaßen vergewissert, wie weit ihre Bildung reichte. Bei der zweiten Gruppe gaben die Resultate der Prüfung und der Kurse eine Handhabe zur Kontrolle der Intelligenz der Versuchspersonen, während zugleich ihre Eigenschaften im Dienste mit in Berechnung gezogen wurden.

Endlich gaben mir Untersuchungen an Schulkindern mit denselben Reizworten Gelegenheit zur Vergleichung mit anderwärts erreichten Resultaten. Diese Kinder waren Mädchen aus der sechsten Klasse einer Volksschule in Amsterdam und gehörten zur bemittelten Bevölkerungsklasse.

Van der Plaats hatte bei 35 Versuchspersonen und ± 10000 Assoziationen gefunden, daß die Mehrzahl der Menschen in mehr als 50 Prozent Koordinationen zu Assoziationen wählt. Neben diesem Typus fand er noch drei andere Typen, und zwar erstens den Typus, der in Prädikativen, zweitens den Typus, der in Wortergänzungen und drittens den Typus, der in Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen assoziiert. Identitäten und sinnlose Assoziationen kamen stets in geringer Anzahl vor.

Diese Einteilung deckt sich im großen und ganzen mit der von Aschaffenburg. Auf Grund von theoretischen Betrachtungen hatte van der Plaats den Unterschied zwischen internen und externen Assoziationen fallen gelassen, und obwohl ich diese Ansicht nicht teile, hatte die Erfahrung mich gelehrt, daß es in vielen Fällen unmöglich ist, die Scheidung in interne und externe Assoziationen streng durchzuführen.

In der Hauptsache wird also von Koordinationen gesprochen, wenn an ein Substantivum ein anderes assoziiert wird, das mit dem ersten auf bestimmte Weise in Beziehung steht. Nur wenn die Substantive die Stelle von Adjektiven einnahmen, wurden sie zu den Prädikativen gerechnet. Für die anderen Gruppen braucht keine nähere Erklärung gegeben zu werden; sie sind aus den Arbeiten Aschaffenburgs genügend bekannt.

Es war mir aber nicht möglich, bei meinem Material an Versuchspersonen geringerer Bildung mit der genannten Einteilung auszukommen. Die sechs Gruppen mußten um drei neue Gruppen vermehrt werden: 1. die zweckbestimmenden Assoziationen; 2. die Wiederholungen (auch bei Aschaffenburg) und 3. die nichtbeantworteten Reizworte. Die erste Gruppe ist auch durch Ranschburg hervorgehoben worden, es sind Reaktionen wie: Brot — zum essen, Wasser — zum waschen usw. Als Unterabteilung

der Prädikativa habe ich die „besonderen“ Prädikativa gelten lassen, für Reaktionen wie: Sterne — am Himmel, Kopf — eines Menschen, Kuh — die geschlachtet wird.

Die drei neuen Gruppen kamen da am meisten vor, wo die Bildung am geringsten war. Dasselbe galt für die „besonderen“ Prädikativen. Diese waren weder bei den Versuchspersonen von van der Plaats, noch bei den Schulkindern vorhanden und bei dem Pflegepersonal in größerer Anzahl bei den Aspiranten als bei den Diplomierten. Derselbe Unterschied wurde für die Anzahl der verschiedenen Koordinationen gefunden, wenn diese in der Mehrzahl waren. Der allgemeine Satz, daß die meisten Menschen in der Mehrzahl Koordinationen wählen, wie van der Plaats das formuliert hatte, bestätigte sich für das Pflegepersonal und die Schulkinder nicht, bei den Aspiranten waren die Verhältniszahlen 11/24, bei den Diplomierten 8/27, während die Schulkinder eine besondere Stelle einnahmen infolge ihrer Bevorzugung von Prädikativen (speziell Adjektiven). Nur drei von den 27 Versuchspersonen hatten in der Mehrzahl (resp. 50,3 %, 50,6 % und 56 %) Koordinationen.

Was nun die Anzahl der verschiedenen Koordinationen angeht, wenn diese in der Mehrzahl waren, so gaben die 23 Versuchspersonen von van der Plaats, für die dieser Fall zutraf, nur eine, die weniger als 80 % verschiedene hatte. Bei den Aspiranten waren die Zahlen 3/11, bei den Diplomierten 1/8. Bei den genannten 23 Versuchspersonen von van der Plaats hatte die Mehrzahl (13 auf 23) mehr als 90 % verschiedene Koordinationen — bei den Aspiranten 1/11 und bei den Diplomierten 1/8.

Diese Zahlen sind von Interesse für das, was ich bei den Geisteskranken gefunden habe, weshalb ich später darauf zurückkommen muß.

Die erste Serie von Untersuchungen über Assoziationen bei Geisteskranken ist aufgenommen in die Verhandlungen der königlichen Akademie von Wissenschaften in Amsterdam (Amsterdam, Johannes Müller, 1905). Sie betrafen 45 Versuchspersonen, welche von Juni 1899 bis April 1900 in der Frauenabteilung der Anstalt „Bloemendaal“ in Loosduinen Aufnahme fanden. Obschon bei diesen Patienten schon Fälle von Dementia paralytica vorkamen, wurden noch einige an dieser Krankheit leidende Männer hinzugenommen. Es waren alle Patienten dritter Klasse. Auch hier wurde die Antwortmethode angewendet mit denselben Reizworten (300 in drei Sitzungen). Zum Vergleich wurden in Genesungsfällen die Reaktionen bei Aufnahme und bei Entlassung registriert, bei anderen Fällen ein Jahr nach der Aufnahme, mitunter auch mehrmals in einem Jahre.

Wenn die Koordinationen in mehr als 50 % vorhanden waren, dann wurde die Anzahl der verschiedenen berechnet. Wurden dreihundert

Reizworte im Verlauf einer Woche zugerufen, und ergaben die Reaktionen eine Mehrheit von Koordinationen, so wurden die sich ergebenden drei Gruppen mit a, b und c bezeichnet und die Anzahl der verschiedenen Koordinationen bei a + b + c ward Koordinationstaxe genannt.

Die Resultate der Versuche bei Geisteskranken weichen in vielerlei Hinsicht ab von denen bei Normalen. Der Einteilung Kraepelins folgend, haben wir Folgendes für die verschiedenen Psychosen gefunden.

Die Koordinationen wurden nur in 1/5 der Reaktionen in der Mehrzahl gefunden. Die Fälle, die dazu gehörten, gaben zum größten Teile eine günstige Prognose: drei Fälle von Amentia, drei Fälle von man. depr. Irresein und zwei Fälle von hysterischem Irresein. Es gehörten aber ein Fall von Dementia praecox, ein Fall von Imbezillitas und zwei Paranoiker auch dazu.

Die Anzahl verschiedener Koordinationen gab durchschnittlich niedrigere Prozente als bei den normalen Versuchspersonen (Tabelle I).

Tabelle I.

**Anzahl verschiedener Koordinationen.**

1. Aspiranten.

I 86 %, IV 72 %, V 73 %, X 75 %, XVI 86 %, XVII 81 %, XVIII 85 %, XIX 83 %, XX 87 %, XXIII 90 %, XXIX 93 %.

2. Diplomierten.

a) X 88 %; b) II 90 %, VI 98 %, X 82 %; c) II 83 %, VII 77 %, VIII 88 %, XI 88 %.

3. Geisteskranke.

I a 79 %, b 71 %, c 76 %, ∞′/ 60 %.
III a 98 %.
VI a 80 %; b 70 %, c 74 %, ∞ 58 %; a′ ″/ 76 %, b′ 81 %, c′ 73 %, ∞ 65 %.
VII a 98 %.
VIII a 94 %.
XV a 78 %, b 76 %, c 84 %, ∞ 70 %; a′ 78 %, b′ 84 %, c′ 85 %, ∞ 69 %.
XXXII a 74 %, b 70 %, c 68 %, ∞ 61 %; α ‴/ 66 %; α′ 59 %.
XXXVIII b 93 %, c 81 %; a′ 81 %, b′ 90 %, c′ 86 %, ∞ 77 %; a″ 90 %, b″ 89 %, c″ 94 %, ∞ 83 %.
XLII b 93 %, c 78 %; α 86 %.
XLIII b′ 82 %, c′ 76 %.
XLV c 72 %; a′ 82 %, b′ 80 %, c′ 80 %, ∞ 67 %.

4. Versuchspersonen van der Plaats.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| III 79 % | X 88 % | XV 93 % | XXIII 99 % | XXVIII 91 % |
| V 89 % | XI 92 % | XVII 88 % | XXIV 88 % | XXIX 90 % |
| VII 87 % | XII 92 % | XVIII 82 % | XXV 97 % | XXX 95 % |
| VIII 85 % | XIII 93 % | XX 92 % | XXVI 80 % | |
| IX 91 % | XIV 95 % | XXI 95 % | XXVII 92 % | |

′/ ∞ bedeutet Koordinationstaxe.

″/ a′, b′ und c′ bedeutet, daß die Reizworte zum zweiten Male zugerufen sind, a″ b″ c″ zum dritten Male.

‴/ α bedeutet, daß eine Gruppe von 100 Reizworten zugerufen waren, die aus den 300 gewählt waren.

Berechnet man die *Koordinationstaxe* (∞), dann findet man in vielen Fällen ein bedeutendes Sinken der Prozente, in dem genannten Falle von Dementia praecox bis zu 60 %.

*Prädikativa*, ausschließlich bestehend aus Adjektiven, Verben und Substantiven kamen nur in fünf Fällen vor und dann nur vereinzelt. Außer demselben oben genannten Ausnahmefall von Dementia praecox waren es alle Genesungsfälle (zwei Fälle von Amentia und zwei Fälle von hysterischem Irresein).

*Affektassoziationen* unter den Prädikativen kamen am meisten vor bei einem Falle von hysterischem Irresein, weiter bei drei Fällen von Amentia und einem Falle von Paranoia. Die *besonderen* Prädikativa, schon hervorgehoben bei dem Pflegepersonal, waren in den untersuchten Fällen beinahe stets vorhanden.

Zweckbestimmende Assoziationen kamen durchgehends da am meisten vor, wo die besonderen Prädikativa vorhanden waren, eine Erfahrung, die sich ebenfalls bei dem Pflegepersonal bestätigt hat. Die Untersuchung der Schulkenntnisse ergab in diesen Fällen viele Fehler und unbeantwortete Aufgaben.

*Wortergänzungen* wurden in mehr als 50 % gefunden bei zwei Fällen, beide Genesungsfälle: ein Fall von hysterischem Irresein und ein Fall von Amentia.

*Klangassoziationen* kamen vor während eines maniakalischen Exaltationsstadiums in einem Falle von manisch-depressivem Irresein und weiter bei progressiver Paralyse, als Reaktionen auf vorhergehende Assoziationen.

Eine Versuchsperson, ein Fall von Dementia praecox, hatte so viele Sprachreminiszenzen, daß sie dadurch eine besondere Stelle einnahm.

*Identitäten* waren stets nur vereinzelt vorhanden.

*Wiederholungen der Reizworte* wurden bei zwei Kategorien gefunden, bei einem Falle von Imbezillität und bei verschiedenen Fällen von Dementia praecox und progressiver Paralyse einerseits, und bei vier Patienten mit Erscheinungen von Hemmung (alle gehörend zum manisch-depressiven Irresein) und einem Falle von Amentia andererseits.

Dieselben Kategorien konnten für die *nichtbeantworteten Reizworte* unterschieden werden.

*Sinnlose* Assoziationen wurden bei Dementia praecox und bei progressiver Paralyse gefunden.

Die letzte Gruppe sind die *Sätze* und *Wortreihen*, die nur bei den Geisteskranken vorkamen und bei den normalen Versuchspersonen nicht; oder, was die Sätze angeht, sehr vereinzelt.

Nimmt man die Fälle von Paranoia, hysterischem Irresein, Dementia und manisch-depressivem Irresein auf die eine Seite und die

Fälle von Dementia praecox, Imbezillität, epileptischem Irresein, Dementia post apoplexiam und progressiver Paralyse auf die andere Seite, dann zeigt sich, daß Sätze und Wortreihen bei der letzten Gruppe in großer Anzahl gefunden wurden, bei der ersten Gruppe nur ausnahmsweise.

In allen Fällen, wo die Sätze vorkamen, fand man auch die besonderen Prädikativen, mitunter war es schwer, zwischen beiden zu unterscheiden.

Zuweilen wurde die Bedeutung der einfachen Reizworte nicht verstanden. Dieses fand man bei einem Falle von epileptischem Irresein, bei einem Falle von Dementia post apoplexiam und endlich bei einem Falle von Dementia praecox, lauter Personen von niedriger Bildung.

Die Wiederholungsmethode, in kürzeren oder längeren Intervallen angewendet, gab bei den chronischen Patienten nicht viel Besonderes. In den Genesungsfällen war öfters Verbesserung wahrzunehmen. Bei einem Falle von manisch-depressivem Irresein konnte der Übergang in Genesung an den Assoziationen demonstriert werden.

Ein Fall von Dementia praecox nimmt eine besondere Stelle ein durch die große Anzahl der Gesichtsvorstellungen (ungefähr alle Reaktionen). Es wurden bei dieser Versuchsperson wiederholt Gesichtshalluzinationen wahrgenommen.

Mehrmals konnten typische Assoziationen notiert werden u. a. bei progressiver Paralyse und manisch-depressivem Irresein, auch bei einem Falle von Imbezillität, wobei die hervorstechendsten Symptome in den Assoziationen zutage traten.

Interessant ist auch eine Vergleichung zwischen den Exaltationsstadien bei je einem Falle von Katatonie und manisch-depressivem Irresein. Bei Katatonie fand man Stereotypien, abwechselnd mit Gruppen gewöhnlicher Assoziationen.[1] Überdies fand man nicht zusammenhängende Vorstellungsgruppen, die sich reimten. Weiter zeigte sich das Manierierte in den Definitionen, die die Versuchsperson öfters gab, auch trat der Affekt zutage, der sie beherrschte.

Bei dem manisch-depressivem Irresein fand man Klangassoziationen und Wortergänzungen, allein oder in Sätzen, und bei den Klangassoziationen einzelne, bei denen nur Teile des Reizwortes für die Reaktionen genügten.

Bei den sprunghaften Reaktionen konnte später ausgemacht werden, welche Ketten übersprungen waren; die Inkohärenz der Vorstellungen war bei der Katatonie entschieden viel höher. Wiederholt kamen Verkleinerungswörter vor, aber nicht das Manierierte wie bei Katatonie.

Wollten wir charakteristische Assoziationsformen für bestimmte Krankheitsbilder angeben, dann würde man keine Form nennen können.

---

[1]) Vgl. Sommer, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden Seite 365.

was auf der Hand liegt. Ein Krankheitsbild wie manisch-depressives Irresein z. B. hat maniakalische und depressive Perioden mit ganz verschiedenen Wortreaktionen; man kann deswegen bei diesem Krankheitsbilde nur von Assoziationen in maniakalischen und depressiven Zuständen sprechen.

Die Krankheitsbilder, welche zur Dementia praecox gerechnet werden, haben nur das gemeinsam, daß sie in den überaus meisten Fällen in eigenartige Zustände von psychischer Schwäche übergehen. Die verschiedenen Variationen werden auch auf dem Gebiete der Assoziationen zutage treten. Wie wenig klar umschrieben sind auch die Krankheitsbilder der Imbezillität und des hysterischen Irreseins!

Das Vorhergehende dürfte genügen, um das Fehlen von ganz bestimmten Assoziationsformen für bestimmte Krankheitsbilder verständlich zu machen. Eine Ausnahme bildet das maniakalische Exaltationsstadium bei dem manisch-depressivem Irresein, wobei sich eine große Anzahl Klangassoziationen fanden.

Die beiden Paranoiker, die als Versuchspersonen fungierten, verdienen eine besondere Erwähnung. Sie gaben Reaktionen, die so deutlich unterschieden waren von denjenigen, welche bei Dementia paranoides und anderen verwandten Formen sich fanden, daß sie dadurch jedesmal zu den Ausnahmen gehörten. Sie waren bei der Gruppe, die mehr als 50 % Koordinationen stellte, hatten öfters mehr als 80 % verschiedene und waren bei denjenigen Personen, die die besten Schulkenntnisse zeigten. Besondere Prädikativa waren in verschwindend kleiner Anzahl da. In den Assoziationen unterschieden sie sich in keiner Weise von dem bei den Normalen gefundenen (z. B. bei den Aspiranten).

Vergleicht man damit die Resultate bei den Fällen von Dementia paranoides, dann sind die Unterschiede nicht zweifelhaft. Hier finden sich besondere Prädikativa, zweckbestimmende Assoziationen in großer Anzahl, ebenso Sätze und unter der geringen Anzahl der Koordinationen viele gleiche. Diese Besonderheiten machen es plausibel, warum die genannten Fälle in die Gruppe der Dementia praecox statt in die Paranoiagruppe eingereicht wurden.

Die besonderen Prädikativa und die zweckbestimmenden Assoziationen müssen als niedrigstehende (s. v. v.) Assoziationen aufgefaßt werden. Ist einmal die Konstellation da, dann kann sehr oft Perseveration beobachtet werden. Wie aus Versuchen verschiedener Forscher hervorgeht, geben junge Kinder auch oft bei ihren Definitionen den Zweck des Objektes an und den Gebrauch, der von ihm gemacht wird. Je älter die Kinder sind, desto mehr verschwindet dieses Verhalten. Wie schon erwähnt, kamen die Wiederholungen und nicht beantworteten Reizwörter sowohl bei angeborner und erworbener Demenz wie bei den Hemmungszuständen vor. Das stimmt überein mit der Erfahrung,

daß die Zustände von Hemmung oder von funktioneller Erschöpfung zur Verwechslung mit Demenz Veranlassung geben können, wenn man nicht den ganzen Verlauf der Krankheit und die begleitenden Symptome ins Auge faßt.

Diese Resultate beweisen, daß die experimentelle Methode der Assoziationen zurzeit noch nicht soviel leistet, wie man vielleicht erwartet hat. Und selbst diesen Resultaten gegenüber kann man Zweifel hegen, im Hinblick auf die geringe Anzahl der Versuchspersonen (45). Um diesem Einwand einigermaßen zu begegnen, habe ich bei einer neuen Gruppe von 55 Versuchspersonen mit denselben Reizworten experimentiert und die Reaktionen auf die gleiche Weise wie früher registriert. Damit ist also die Zahl der Versuchspersonen auf 100 gestiegen, wodurch die Resultate, soweit sie sich bestätigten, mehr an Gewißheit gewonnen haben. (Siehe die Tabellen am Schluß.)

Ebenso wie bei der ersten Serie waren die Versuchspersonen, die in mehr als 50 % Koordinationen als Reaktionen wählten bei weitem in der Minderheit. Von den 55 Versuchspersonen gehörten elf, also gerade 1/5, dazu. Es waren dabei fünf Fälle von manisch-depressivem Irresein (vier Melancholien und eine Manie), zwei Fälle von paranoiden Ideen bei Tabes bzw. Hemiplegie, vier Fälle von Dementia paranoides. Mehr als 50 % Koordinationen waren bei diesen Fällen in allen Sitzungen vorhanden, mit Ausnahme eines Falles von Manie, wo bei der ersten Sitzung direkt nach der Aufnahme nur 12 % Koordinationen waren, aber 51 % Klangassoziationen und überdies 15 % Übersetzungen der Reizwörter (8 % Prädikativa, 9 % Wortergänzungen und 6 % Wiederholungen der Reizworte) und eines Falles von Melancholie, der in der ersten Sitzung 42 % Koordinationen ergab. Die Prozente verschiedener Koordinationen, wenn diese in der Mehrzahl waren, sind in der Tabelle IV zu finden, wobei wieder mit dem Zeichen $\infty$ die Koordinationstaxe angegeben wird.

Es geht daraus hervor, daß drei Fälle von Dementia paranoides XXVIII, XLVI, XLVII, insofern eine Ausnahme bildeten, als sie bei jedem Hundert weniger als 80 % verschiedene hatten (mit einer Ausnahme, XLVII c). Vergleicht man die Koordinationstaxen, so findet man bei zwei Fällen von Dementia paranoides (XLVI und XLVII) 60 %, 60 %, 63 % und bei den zwei Fällen von manisch-depressivem Irresein (XLVIII und XLIX) 81 % resp. 80 %. Der vierte Fall von Dementia paranoides (LV) nimmt aber eine besondere Stelle ein. Man findet dort a) 86 %, b) 88 %, c) 87 % verschiedene und die Koordinationstaxe $\infty = 82$ %.

Dieser letztere Fall ist bisher der einzige unter den 100 untersuchten Fällen, wo solche hohe Zahlen gefunden wurden. Die Zahlen

stimmen in allen Aufstellungen überein mit denen, welche bei manisch-depressivem Irresein, Amentia nnd hysterischem Irresein vorkamen.

Eines muß aber hierbei hervorgehoben werden. Eine gewisse Einförmigkeit der Vorstellnngen kommt herans, denn man findet bei dem ersten Hnndert Reaktionen nicht weniger als elf Kombinationen mit Laden (Kleiderladen, Gewürzladen, Bankettladen usw.). Von diesen kam nur Bankettladen zweimal vor, so daß diese Einförmigkeit in den Prozenten verschiedener Koordinationen wenig hervortrat. Bei vier Reaktionsworten lantete der Ausgang „macher" (Möbelmacher, Uhrmacher, Instrumentenmacher, Wagenmacher).

Bei dem zweiten Hnndert (b) trifft man wieder viermal als Ausgangswort Laden an, jedesmal verschieden, und bei dem dritten Hundert (c) einmal.

Diese Besonderheiten treten natürlich nicht bei der Berechnung zutage.

Bei der großen Mehrzahl dieser Fälle kamen die besonderen Prädikativen entweder gar nicht (XII, XIV, XXXV, XLVII, XLIX, LV) oder vereinzelt (XVIII: 1, 0; XX: 1, 1; XLVIII: 1, 1, 0) vor. Fall XXVIII (Dementia paranoides) hat neben drei gewöhnlichen Prädikativen sechs besondere, während Fall XLVI (Dementia paranoides) in den sechs Sitzungen nnr zweimal besondere Prädikativen hat (fünf nnd eins) in den übrigen nicht. Diese besonderen Prädikativen waren bei den meisten anderen Fällen dabei vielfach in größerer Anzahl vorhanden.

Eine größere Anzahl gewöhnlicher Prädikativen nnd danehen nur vereinzelt hesondere wurde in fünf Fällen gefunden, drei Fälle von manisch-depressivem Irresein bei XXIV, wo die Verhältnisse waren 38 : 3 und 32 : 1, XLIV mit Verhältnissen 12 : 1 nnd 14 : 2, L mit dem Verhältnis 31 : 1; nnd zwei Fälle von Angstpsychose (VI und XL), die bei der Genesungsperiode ein Verhältnis von 24 : 4 resp. von 45 : 2 ergaben.

Ein Fall von Imbezillität (XLI) macht eine Ausnahme, wobei die Prädikativa, bestehend ans Adjektiven, Verben, Snbstantiven, in größerer Anzahl vorhanden waren, in der ersten Sitzung 73, in der zweiten 40. Hierbei ist aber die Einförmigkeit sehr ausgesprochen, jedesmal kamen die Reaktionen: Plaisier, artig, angenehm, nett nsw. wieder.

Die oben gemachten Bemerknngen, daß anch bei den Aspiranten vielfach besondere Prädikative vorkamen, giht nns einen Hinweis, vorsichtig zn sein mit Schlüssen ans dem Vorkommen der genannten Assoziationsformen. Sie kommen heinahe stets vor bei den Dementen, aber wir haben in unserer Serie anch Genesnngsfälle, die diese Form in beträchtlicher Anzahl anfweisen. Dahin gehören Fall II (manisch-depressives Irresein), IV (manisch-depressives Irresein), VII (manisch-depressives Irresein), X (Amentia), XI (manisch-depressives Irresein), XIII (manisch-depressives Irresein), XXV (Amentia), XXXIX (Katatonie).

Dasselbe gilt für die zweckbestimmenden Assoziationen, welche in naher Beziehung zur oben genannten Form stehen. Die meisten sind bei V (Amentia) in der zweiten Sitzung und bei XXIV (manisch-depressives Irresein) in der zweiten Sitzung. Auf dieses folgt XIII (manisch-depressives Irresein) und XV (Dementia post apoplexiam). Bei dieser Form sieht man oft Perseveration auftreten, wenn einmal „zum" gesagt ist, kommt dies mehrmals wieder.

Wortergänzungen waren in keinem Falle in der Mehrzahl. In größerer Anzahl waren sie bei zwei Fällen von manisch-depressivem Irresein (IV in der zweiten Sitzung und XLIV in der ersten und zweiten Sitzung) aber auch bei zwei Fällen von Dementia paranoides (XXXIII und XXXVII).

Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen waren in der Mehrzahl bei zwei Fällen von manisch-depressivem Irresein (51, überdies 17 Übersetzungen bei XIV in der ersten Sitzung) und bei XVI (in der ersten Sitznng 88, in der zweiten 100). In dem letzten Falle waren es durchgehend Reime. Der Fall XXXIII (Dementia paranoides) hat viele Sprachreminiszenzen, meistens aus der Bibel. Diesem letzteren Falle kann ein anderer Fall von Dementia praecox aus der ersten Serie an die Seite gestellt werden, bei dem aber noch mehr Sprachreminiszenzen vorkamen.

Wie in der ersten Serie waren Identitäten beinahe nie vorhanden.

Wiederholungen der Reizworte in beträchtlicher Anzahl kamen vor bei Fälllen von Dementia praecox, darunter auch bei Fällen von Dementia paranoides (XLIII, 52; LI, 70 und LII 59), wobei der Affekt der Ablehnung deutlich war. Überdies waren die Wiederholungen in Hemmungszuständen vorzufinden (VII, in erster Sitzung 43 und XXXII in beiden Sitznngen).

Sinnlose Assoziationen kamen vor bei Fällen von Dementia praecox (XXXVIII, LIII, LIV) bei einem Falle von Imbezillität und bei einem Falle von manisch-depressivem Irresein (XXXIV in der ersten Sitzung). Nichtbeantwortete Reizwörter kamen vor bei Fällen von Dementia praecox einerseits und bei Hemmungszuständen andererseits.

Sätze und Wortreihen waren in vielen Fällen vorhanden, am meisten bei Defektzuständen. Dazu kommen die Fälle von manisch-depressivem Irrescin und Amentia im Exaltationsstadium.

Im maniakalischen Exaltationsstadium bei Fall XLV konnte wieder der Übergang zur Genesung an den Assoziationen demonstriert werden (Aufnahmen 24. Jnni, 21. Juli und 25. August).[1]) Nur die letzte Aufnahme ist nach den Assoziationsformen eingeteilt worden. Bei der ersten Aufnahme waren typische Sprungassoziationen auch solche, welche sich den mittelbaren Assoziationen nähern. Zu der letzten Kategorie

[1]) Vgl. Sommer, Untersuchungsmethoden, Seite 376—388.

gehörten z. B. Reizwort: Stein — Antwort: Schwester Hartman, oder Reizwort: Bord (Holländisch) Antwort: daß sie bromt (Holländisch) wie Schwester Tromp. In den meisten Fällen konnte die Patientin später den Znsammenhang mit den Reizworten angeben, wobei vielmals der Klang das entscheidende Moment war. Bei der zweiten Aufnahme war die Anzahl der Fälle, an denen man der Erläuterung der Patientin bedarf, viel geringer, und überdies waren die Sätze mehr zusammenhängend, die Wort- und Klangassoziationen prävalierten aber wieder stark. Bei der letzten Aufnahme waren nur 21 % Wortergänzungen und Klangassoziationen, dagegen 46 % Koordinationen.

Noch verdienen Erwähnnng die Fälle XLVIII nnd L, die von berufener Seite mit der Diagnose Dementia praecox hierher geschickt waren, wobei die gelegentlich geänßerten Wahnideen und die Halluzinationen ausschlaggebend gewesen waren. Der erstgenannte Fall gab aber Resultate, wie sie in überans seltenen Fällen bei Dementia praecox gefunden werden und neben anderen Erscheinnngen, welche Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose aufkommen ließen, konnten die Assoziationen mit in Rechnung gesetzt werden. Dasselbe gilt für Fall L. Bei diesem Falle waren 35 % Koordinationen nnd 31 % Prädikativen (und zwar 14 % Affektassoziationen) nebst 19 % Wortergänzungen, Verhältnisse, die man ebenfalls als seltenste Ausnahme bei Dementia praecox antrifft. Auch hier bestätigte der weitere Verlauf den Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose.

Aus der genanen Durchsicht der erhaltenen Resultate geht hervor, daß sie nur gering sind und daß bisher den Wortassoziationen nur ein sehr relativer Wert zngeschrieben werden kann bei der befolgten Methode. Mehrmals konnten für den Krankheitsfall typische Assoziationen (z. B. die Angstzustände bei VI und XL) notiert werden, aber dasselbe konnte auch ohne diese erhalten werden.

In einer folgenden Arbeit gedenke ich dieR esultate der Assoziationen bei Paralytikern mitznteilen.

Tabelle IV.

Anzahl verschiedener Koordinationen.

| | |
|---|---|
| XII | α 90 %, α' 87 % |
| XIV | α' 90 % |
| XVIII | α 92 % α' 88 % |
| XX | α' 82 % |
| XXVIII | α 77 % |
| XXXV | a 91 % |
| XLVI | a 72 %, b 77 %, c 64 % ∞ 60 % a' 72 % b' 78 % c' 67 % ∞ 60 % |
| XLVII | a 77 % b 77 % c 85 ∞ 63 % |
| XLVIII | a 94 % b 86 % c 94 % ∞ 81 % |
| XLIX | a 81 % b 89 % c 96 % ∞ 80 % |
| LV | a 86 % b 88 % c 87 % ∞ 82 % |

Tabelle III.

| | I | | II | | III | IV | | V | | VI | | VII | | VIII | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I<br>2. Juni 1900 | II<br>23. Okt. 1900 | I<br>9. Juli 1900 | II<br>9. Okt. 1900 | 9. Juli 1900 | I<br>16. Aug. 1900 | II<br>27. Okt. 1900 | I<br>16. Aug. 1900 | II<br>20. Nov. 1900 | I<br>10. Aug. 1900 | II<br>29. Juli 1901 | I<br>24. Aug. 1900 | II<br>2. Okt. 1901 | I<br>12. Sept. 1900 | II<br>16. Nov. 1901 |
| Koordinationen . . . . | 46 | 29 | 24 | 44 | 2 | 13 | 21 | | 9 | | 44 | 18 | 23 | 20 | 3 |
| Prädikative . . . . . . | 13 | 8 | 2 | 11 | | 4 | 5 | 3 | 20 | | 27 | 8 | 13 | 8 | 4 |
| Besondere Prädikative . . | 7 | 2 | 29 | 27 | 38 | 64 | 28 | 4 | 12 | | 4 | 31 | 45 | 12 | 2 |
| Zweckbestimmende Assoziationen . . . . . | 6 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | | 2 | 24 | | | | 4 | 3 | 1 |
| Wortergänzungen . . . | | 2 | | 3 | | 6 | 45 | 6 | 17 | Angstzustand | 10 | | 3 | 13 | 11 |
| Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen . | 2 | 1 | | | | | | 5 | 5 | | 13 | | | 11 | 17 |
| Identitäten . . . . . . | 2 | | | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | |
| Wiederholungen des Reizwortes . . . . . . . | 7 | 54 | 20 | 6 | | | | 3 | 7 | | | 43 | 7 | 1 | |
| Sinnlose Assoziationen . . | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nicht beantwortete . . . | 4 | 2 | | | 28 | | | 53 | 2 | | 2 | | | 2 | |
| Sätze und Wortreihen . . | 13 | 1 | 22 | 6 | 30 | 11 | 1 | 24 | 4 | | | | 5 | 30 | 62 |

(Fortsetzung der Tabelle III.)

| | IX | X | | XI | XII | | XIII | | XIV | | XV | | XVI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 13. Okt. 1900 | I 17. Okt. 1900 | II 21. Okt. 1901 | 28. Sept. 1905 | I 24. Okt. 1900 | II 14. Jan. 1901 | I 5. Nov. 1900 | II 1. April 1901 | I 27. Sept. 1900 | II 23. Nov. 1900 | I 24. Nov. 1900 | II 26. Nov. 1901 | I 8. Dez. 1900 | II 30. April 1901 |
| Koordinationen | 21 | 9 | 39 | 12 | 91 | 79 | 9 | 35 | 12 | 74 | 9 | 6 | 2 | |
| Prädikative | 25 | 4 | 15 | 5 | 1 | 4 | 2 | 4 | 8 | 25 | 5 | 13 | | |
| Besondere Prädikative | 39 | 18 | 14 | 42 | | | 26 | 29 | | | 29 | 20 | | |
| Zweckbestimmende Assoziationen | | 4 | 6 | 3 | | 5 | 15 | 9 | | | 12 | 3 | | |
| Wortergänzungen | 3 | 6 | 11 | 18 | 5 | 3 | 2 | 4 | 9 | 1 | 4 | 1 | | |
| Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen | 1 | | 1 | 10 | 1 | | 2 | | 51 (14) | | | | 88 | 100 |
| Identitäten | | | | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | |
| Wiederholungen des Reizwortes | 6 | 4 | 5 | 3 | 2 | 7 | 40 | 19 | 6 | | 10 | | 1 | |
| Sinnlose Assoziationen | | | | | | | | | | | | | | |
| Nicht beantwortete | | 2 | 2 | | | 2 | | | | | 17 | 9 | 9 | |
| Sätze und Wortreihen | 5 | 53 | 7 | 6 | | | 3 | | | | 8 | 48 | | |

(Fortsetzung der Tabelle III.)

| | XVII | | XVIII | | XIX | | XX | | XXI | | XXII | XXIII | | XXIV | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I 10. Dez. 1900 | II 8. Dez. 1901 | I 24. Dez. 1900 | II 21. Dez. 1901 | I 15. Dez. 1900 | II 15. Okt. 1901 | I 20. Dez. 1900 | II 9. März 1901 | I 29. Dez. 1900 | II 20. Sept. 1901 | 28. April 1906 | I 28. Dez. 1900 | II 30. Dez. 1901 | I 7. Jan. 1900 | II 11. März 1901 |
| Koordinationen | 38 | 36 | 85 | 79 | 23 | 34 | 42 | 51 | 18 | 19 | 10 | 13 | 5 | 27 | 41 |
| Prädikative | 16 | 22 | 7 | 13 | 1 | 10 | 41 | 35 | 38 | 39 | 4 | | 2 | 38 | 32 |
| Besondere Prädikative | 8 | 9 | 1 | | 14 | 10 | 1 | 1 | 14 | 20 | 10 | 44 | 73 | 3 | 1 |
| Zweckbestimmende Assoziationen | | | | 2 | 3 | | 1 | 1 | 4 | 7 | | 3 | 1 | 1 | 18 |
| Wortergänzungen | 10 | 11 | 6 | 6 | 3 | 21 | 3 | 3 | 9 | 6 | 13 | 4 | 8 | 4 | 5 |
| Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen | 1 | 2 | 1 | | | 1 | 9 | 7 | 10 | 6 | 7 | | | 1 | 2 |
| Identitäten | | | | | | | | | | | 1 | | | | |
| Wiederholungen des Reizwortes | 25 | 18 | | | 34 | 5 | | 2 | 1 | | | 4 | 7 | 1 | |
| Sinnlose Assoziationen | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nicht beantwortete | 1 | | | | 5 | 1 | 3 | | | | | | | 25 | 1 |
| Sätze und Wortreihen | 1 | 2 | | | 17 | 18 | | | 6 | 3 | 55 | 32 | 4 | | |

(Fortsetzung der Tabelle III.)

| | XXV | | XXVI | | XXVII | | XXVIII | XXIX | | XXX | | XXXI | | XXXII | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I 10. Jan. 1900 | II 19. Febr. 1901 | I 24. Jan. 1900 | II 18. Nov. 1901 | I 15. Jan. 1901 | II 6. Nov. 1901 | 1. Februar 1901 | I 28. Jan. 1901 | II 23. März 1901 | I 13. Febr. 1901 | II 6. Mai 1901 | I 15. Febr. 1901 | II 18. Febr. 1902 | I 28. Febr. 1901 | II 18. Febr. 1902 |
| Koordinationen | 19 | 43 | 19 | 16 | 24 | 43 | 58 | 12 | 13 | 38 | 41 | 13 | 16 | | |
| Prädikative | 8 | 17 | 9 | 5 | 4 | 8 | 3 | 17 | 15 | 34 | 37 | 3 | 2 | | |
| Besondere Prädikative | 33 | 15 | 25 | 54 | 11 | 3 | 6 | 37 | 23 | 20 | 11 | 9 | 46 | | |
| Zweckbestimmende Assoziationen | | 3 | | | 1 | | | 8 | 4 | 1 | 1 | 2 | | | |
| Wortergänzungen | 16 | 18 | 19 | 11 | 24 | 24 | 5 | 12 | 23 | 4 | 4 | 18 | 28 | | 1 |
| Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen | 6 | 1 | 12 | 5 | 4 | 1 | | 7 | 3 | | | 8 | 1 | | |
| Identitäten | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wiederholungen des Reizwortes | 5 | | 4 | 2 | 2 | 4 | 16 | 1 | 1 | 3 | 3 | 12 | 5 | 100 | 99 |
| Sinnlose Assoziationen | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nicht beantwortete | | | | | 24 | 8 | 9 | | | | | 19 | | | |
| Sätze und Wortreihen | 13 | 3 | 12 | 7 | 6 | 9 | 3 | 6 | 18 | | | 16 | 2 | | |

(Fortsetzung der Tabelle III.)

| | XXXIII | | XXXIV | | XXXV | XXXVI | | XXXVII | | XXXVIII | XXXIX | | XL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I 10. April 1901 | II 26. März 1902 | I 19. März 1901 | II 13. Aug. 1901 | 30. Okt. 1906 | I 15. April 1901 | II 16. April 1902 | I 22. April 1901 | II 19. April 1902 | 13. Juni 1901 | I 31. Okt. 1901 | II 16. Okt. 1902 | I 28. Okt. 1901 | II 5. Juni 1902 |
| Koordinationen . . . . | 12 | 13 | 29 | 28 | 86 | 43 | 43 | 10 | 36 | | 10 | 12 | 4 | 40 |
| Prädikative . . . . . . | 8 | 4 | 7 | 23 | 9 | 29 | 16 | 14 | 18 | | 2 | 17 | | 45 |
| Besondere Prädikative . . | 7 | 9 | 8 | 14 | | 4 | 7 | 15 | 22 | | 6 | 27 | 8 | 2 |
| Zweckbestimmende Assoziationen . . . . . | | | 1 | 10 | | | | 4 | 2 | | | | | |
| Wortergänzungen . . . | 34 | 42 | 14 | 19 | 2 | 2 | 9 | 44 | 19 | | 13 | 1 | 5 | 6 |
| Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen . | 28 | 13 | | 1 | 1 | 5 | 10 | 11 | 3 | | 13 | 6 | 1 | 2 |
| Identitäten . . . . . . . | | | | | | | | | | | | | | |
| Wiederholungen des Reizwortes . . . . . . | | 12 | | 5 | | | 2 | 2 | | | | 1 | 5 | 1 |
| Sinnlose Assoziationen . . | | | 7 | | 1 | | | | | 100 | | | | |
| Nicht beantwortete . . . | | | 4 | | 1 | 12 | 11 | | | | 15 | 35 | | |
| Sätze und Wortreihen . . | 16 | 7 | 30 | | | 5 | 2 | | | | 41 | 1 | 77 | 4 |

(Fortsetzung der Tabelle III.)

| | XLI | | XLII | | XLIII | XLIV | | XLV | | | XLVI | | | | | | XLVII | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I 4. Nov. 1901 | II 10. Nov. 1902 | I 15. Nov. 1901 | II 7. Nov. 1902 | 2. Nov. 1901 | I 16. Mai 1902 | II 8. Sept. 1902 | I 24. Juni 1902 | II 21. Juli 1902 | III 25. Aug 1902 | I 5. Okt. 1905 | II 6. Okt. 1905 | III 9. Okt. 1905 | I 24. Mai 1906 | II 25. Mai 1906 | III 26. Mai 1906 | I 20. Febr. 1905 | II 21. Febr. 1905 | III 22. Febr. 1905 | α 14. Febr. 1906 |
| Koordinationen | 17 | 17 | 39 | 11 | 17 | 42 | 43 | Exaltationszustand | Exaltationszustand | 46 | 59 | 75 | 78 | 65 | 76 | 81 | 53 | 61 | 67 | 49 |
| Prädikative | 73 | 10 | 22 | 9 | 5 | 12 | 14 | | | 11 | 35 | 21 | 19 | 31 | 24 | 17 | 25 | 18 | 17 | 14 |
| Besondere Prädikative | | | 15 | 11 | 2 | 1 | 2 | | | 9 | 5 | 1 | | | | | | | | 2 |
| Zweckbestimmende Assoziationen | | | 1 | 2 | | | | | | 10 | | 1 | | | | | | | | 1 |
| Wortergänzungen | 3 | 5 | 18 | 3 | 11 | 11 | 31 | | | 11 | | | | | | | 4 | 4 | 4 | 6 |
| Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen | 1 | 7 | 3 | 4 | | 11 | 8 | | | 11 | | | | | | | | | | 2 |
| Identitäten | | | | | | | | | | | | 2 | 3 | 4 | | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 |
| Wiederholungen des Reizwortes | | 3 | | | 52 | 5 | | | | | | | | | | | | 13 | 8 | 6 |
| Sinnlose Assoziationen | | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nicht beantwortete | 2 | 11 | 1 | 56 | 13 | 11 | | | | | | | | | | | 1 | 1 | 1 | 17 |
| Sätze und Wortreihen | 4 | | 1 | 4 | | 4 | 2 | | | 2 | 1 | | | | | | | | | 3 |

(Fortsetzung der Tabelle III.)

| | XLVIII | | | XLIX | | | L | LI | LII | LIII | LIV | | | LV | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I 28. Okt. 1904 | II 29. Okt. 1904 | III 1. Nov. 1904 | I 14. Juli 1904 | II 15. Juli 1904 | III 16. Juli 1904 | 20. Oktober 1904 | 13. Oktober 1905 | 10. November 1904 | 21. Juli 1904 | I 10. Febr. 1903 | II 10. März 1903 | III 6. April 1903 | I 9. Nov. 1906 | II 10. Nov. 1906 | III 13. Nov. 1906 |
| Koordinationen . . . . | 58 | 60 | 70 | 79 | 79 | 86 | 35 | 12 | 19 | 19 | 21 | 2 | 16 | 86 | 84 | 86 |
| Prädikative . . . . . . . | 34 | 20 | 22 | 16 | 11 | 11 | 31 | 17 | 15 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 6 | 2 |
| Besondere Prädikative . . | 1 | 1 | | | | | 1 | | | 14 | 8 | | 4 | | | |
| Zweckbestimmende Assoziationen . . . . . | 1 | | | | | | | | 1 | | 12 | 1 | 1 | | | |
| Wortergänzungen . . . | 3 | 16 | 8 | 3 | 8 | 2 | 19 | | 3 | 12 | 4 | 3 | 2 | 11 | 9 | 8 |
| Klangassoziationen und Sprachreminiszenzen . | | | | | | | 3 | | 1 | 1 | 3 | 8 | 10 | | | |
| Identitäten . . . . . . . | | 3 | | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Wiederholungen des Reizwortes . . . . . . | | | | | | | 8 | 70 | 59 | 9 | 1 | | | | | |
| Sinnlose Assoziationen . . | | | | | | | | | | 8 | 7 | 5 | 7 | | | |
| Nicht beantwortete . . . | 3 | | | | | | | | | 12 | 36 | 77 | 57 | | | |
| Sätze und Wortreihen . . | | | | | | | | | 2 | 22 | 3 | | | | | |

Tabelle II.

Diagnosen der Fälle.

I. Dementia praecox.
II. Manisch. depr. Irresein.
III. Senile Melancholie.
IV. Manisch. depr. Irresein.
V. Amentia.
VI. Angstpsychose.
VII. Man. depr. Irresein.
VIII. Dementia praecox.
IX. Dementia praecox.
X. Amentia.
XI. Man. depr. Irresein.
XII. Man. depr. Irresein.
XIII. Man. depr. Irresein.
XIV. Man. depr. Irresein.
XV. Dementia post apoplexiam.
XVI. Man. depr. Irresein.
XVII. Imbezillität.
XVIII. Paranoia.
XIX. Senile Melancholie.
XX. Man. depr. Irresein.
XXI. Dementia.
XXII. Dementia.
XXIII. Dementia paranoides.
XXIV. Manisch. depr. Irresein.
XXV. Amentia.
XXVI. Dementia.
XXVII. Amentia.
XXVIII. Dementia paranoides.
XXIX. Imbecillität.
XXX. Insania hysterica.
XXXI. Dementia praecox.
XXXII. Manisch. depr. Irresein.
XXXIII. Dementia paranoides.
XXXIV. Manisch. depr. Irresein.
XXXV. Paranoia.
XXXVI. Insania hysterica.
XXXVII. Dem. paranoides.
XXXVIII. Dem. praecox (Katatonie).
XXXIX. Dem. praecox (Katatonie).
XL. Angstpsychose.
XLI. Imbezillität.
XLII. Dem. praecox (Katatonie).
XLIII. Dementia.
XLIV. Manisch. depr. Irresein.
XLV. Manisch. depr. Irresein.
XLVI. Dem. paranoides.
XLVII. Dem. paranoides.
XLVIII. Man. depr. Irresein.
XLIX. Man. depr. Irresein.
L. Man. depr. Irresein.
LI. Dem. paranoides.
LII. Dem. paranoides.
LIII. Dem. praecox.
LIV. Dem. praecox.
LV. Dem. paranoides.

---

II.

# Der Fall S.
# Ergänzung zu Dr. Hampes Beitrag zur Psychologie der Aussage.

Von Sanitätsrat Dr. **Roth**, Herzogl. Stadtphysikus und Gerichtsarzt in Braunschweig, und Dr. **Meyer**, Oberarzt an der Herzogl. Heil- und Pflegeanstalt Königslutter.

Im Januarheft dieser Zeitschrift erschien als Beitrag zur Psychologie der Aussage von Dr. med. I. Hampe, Nervenarzt in Braunschweig, ein Gutachten über den Halbspänner S. aus E., das uns veranlaßt, auch unsererseits uns zu diesem Fall zu äußern.

Zunächst lassen wir die von uns gerichtsseitig eingeforderten schriftlichen Gutachten folgen.

Dr. Roth erstattete unterm 7. September 1905 das folgende Gutachten an den Untersuchungsrichter am Landgericht in Braunschweig:

In Untersuchungssachen gegen den Halbspänner S. aus E., wegen Meineides, teile ich über den Geisteszustand des Angeklagten ergebenst folgendes mit:

S. ist am 9. Februar 1844 zu E. geboren, lutherisch, Halbspänner.

Die Großeltern hat er nicht gekannt. Daß Geisteskrankheiten in der Familie vorgekommen sind, gibt er zunächst nicht an, hinterher erzählt er aber, seine Mutter wäre schließlich geistig nicht mehr ordentlich gewesen, hätte die Wirtschaft nicht mehr führen können und man hätte sie anziehen müssen. Auch habe er eine Schwester, welche geistig nicht ganz richtig sein soll. Er selbst sei früher bis vor zehn bis zwölf Jahren ganz gesund gewesen.

Er sei in E. in die Schule gegangen, sie hätten aber alle nichts Rechtes, kaum lesen und schreiben, gelernt, da der Lehrer zu alt gewesen wäre. Er sei im üblichen Alter konfirmiert. Soldat war er nicht. Er ist immer auf dem väterlichen Hofe geblieben, den er nach dem Tode des Vaters übernommen hat. Von seiner ersten Frau stammen fünf Kinder im Alter von 15—25 Jahren. Ein Jahr nach dem Tode der ersten Frau hat er sich wieder verheiratet. Aus dieser Ehe stammen keine Kinder. Mit der zweiten Frau liegt er im Ehescheidungsprozeß.

Er gibt nun an, daß er vor zehn bis zwölf Jahren infolge eines Sturzes in die Mergelgrube einen Schädelbruch erlitten habe. Dr. B. in H. habe ihn behandelt. Seitdem leide er an heftigen Kopfschmerzen. Seine Gedanken seien ihm immer weg; es wäre ihm öfter, als ob er „solche Anfälle“ kriege und dann wisse er gar nicht, wo er sei.

Jetzt ist S. wegen Meineides in Untersuchungshaft, weil er in der gegen W. P. zu E. wegen Körperverletzung vor dem Herzoglichen Landgericht am 22. Juni d. J. stattgefundenen Hauptverhandlung unter Eid ausgesagt hat, daß er den Verlauf des Streites zwischen den Angeklagten und seinem Sohn von Anfang an gesehen habe, während dies nach den übrigen Zeugenaussagen nicht möglich sein kann.

Die Untersuchung hat nun folgendes ergeben: S. ist ein untersetzter Mann von mäßigem Ernährungszustand, aber gesunder Hautfarbe. Unter dem linken Auge hat er eine Hautnarbe, welche von dem eben erwähnten Unfall herrühren soll. Im übrigen ist von dieser Verletzung nichts weiter nachzuweisen. Die Pupillen reagieren, die Sehnenreflexe sind normal. Auch sonst ist der körperliche Befund ohne Belang für seine Beurteilung.

S. zeigt immer ein sehr deprimiertes Wesen und große Weinerlichkeit; dabei sucht er den Biedermann vorzustellen, der kein Wässerchen trüben kann, dem besonders aber jede Lüge, noch mehr natürlich ein Meineid vollständig fern liegt. Auf Fragen antwortet er sachgemäß, aber freilich nur in sehr unvollkommener Weise. Dabei spricht er meist nur ganz leise; als wenn es ihm schwer würde, zu sprechen.

Sein Gedächtnis ist anscheinend ein außerordentlich schlechtes. Jahreszahlen kann er überhaupt nicht mehr angeben; wie alt er bei der Konfirmation war, wann er sich verheiratet hat, wie lange er mit der ersten Frau verheiratet war, wieviel Kinder ihm gestorben sind, weiß er nicht mehr; auch aus der neuern Zeit kann er sich auf nichts recht besinnen, er kann nicht sagen, wie lange er in Untersuchungshaft war, welches das Datum des fraglichen Gerichtstermins ist, an dem er verhaftet wurde, er weiß nicht, ob oder wieviel Hypotheken auf seinem Besitztum ruhen, alle derartige Sachen kann er nicht mehr angeben.

Merkwürdig ist dagegen, daß er sich noch ganz genau daran erinnert, daß er den Vorgang jener Schlägerei zwischen seinem Sohn und dem P. gesehen habe und alle Einzelheiten noch angeben kann. Auch weiß er, als einmal das Gespräch auf seine Ehescheidungssache kommt, recht gut das Vermögen seiner Frau usw. anzugeben, dabei gibt er auch das Alter der Kinder an.

Über die Zeit ist er angeblich ganz ungenügend orientiert. Er weiß weder Datum, noch Monat, selbst auf die Jahreszahl muß er sich erst lange besinnen, nur den Wochentag gibt er, und zwar richtig, an.

Wenn man nach seinen Antworten urteilt, so ist überhaupt seine Intelligenz ganz kollossal minderwertig.

Die Schulkenntnisse sind danach sehr gering.

Er gibt anfangs sogar an, er könne nicht schreiben, schließlich räumt er aber ein, daß er es kann und schreibt dann nach meinem Diktat ganz leidlich (Apostel, Petrus!) (siehe Beilage). Lesen kann er (mit Brille); er hat z. B. die Briefe seiner Kinder gelesen. Rechnen kann er angeblich gar nicht; die leichtesten Exempel wie $5 \times 7$, $7 - 5$, $7 : 5$ rechnet er nicht aus: $2 + 3 + 1 = 5$, $3 \times 7 = 14$ usw. Selbst die nächstliegendsten alltäglichen Sachen sind ihm unbekannt. Die Zahl der Monate im Jahr zählt er an den Fingern ab und nennt schließlich die Zahl 11; aufgefordert, die Monate aufzuzählen, bringt er sehr langsam heraus: Januar, Februar, April, Mai, Juni, Juli, September, Oktober, November. Nach längerem Überlegen: „und dann haben wir doch noch Dezember!" — Wieviel Wochen, wieviel Tage ein Jahr hat, weiß er nicht; wieviel Vierteljahr ein Jahr hat, weiß er nicht; wie oft und wieviel Zinsen er bezahlen muß, weiß er nicht. Dies habe alles seine Frau gemacht, darum kümmere er sich nicht, rechnen könne er ja überhaupt nicht.

Weihnachten fällt in den Winter, den Tag kann er nicht angeben. „Nachher haben wir doch Januar, und vorher ist dann doch Weihnachten, den Monat kann ich nicht nennen.“ Auf welchen Tag Neujahr fällt, ist ihm auch nicht erinnerlich. Die Stundenzahl des Tages gibt er auf zehn an („von 6 bis 6 gerechnet“). Wann geht denn jeder Tag an? „Ich denke um 6 Uhr, da kommen doch die Arbeitsleute.“ Wann hört er auf? „Abends um 6 Uhr.“ Und was ist von 6 Uhr abends bis morgens 6 Uhr? „Da ist Nacht.“ Wieviel Stunden sind von 6 Uhr morgens bis wieder 6 Uhr morgens? „12.“ Von den Geboten kann er das vierte nach längerem Besinnen teilweise hersagen, das achte: „Du sollst nicht töten“. Er kennt nicht den Namen des Kaisers, nicht den unseres Prinzregenten. Von Braunschweiger Städten nennt er nur Helmstedt. Von welchem Land Braunschweig die Hauptstadt ist, kann er auch nicht sagen.

Auf die Frage, wieviel Pfennige eine Mark hat, sagt er, „ich denke zehn“. Wie lange eine Kuh trägt, weiß er nicht. Wie lange trägt ein Ochse? „Das weiß ich auch nicht.“ Bekommen denn Ochsen auch Kälber? „Da weiß ich nichts von, da habe ich mich nicht darum gekümmert“. Ich lege ihm einen Taler, ein Zweimarkstück und ein Einmarkstück vor. Taler und Einmarkstück bezeichnet er richtig. Das Zweimarkstück erklärt er für einen Taler; obgleich ich ihm zeige, daß es ja viel kleiner als der Taler ist und ihm schließlich direkt sage, es ist ein Zweimarkstück, beharrt er weiter dabei, es sei drei Mark, es sei ja derselbe Kopf darauf wie bei dem Taler! Dabei bleibt er. Als er die drei Stücke zusammenzählen soll, zählte er fünf Mark! Zehnpfennig- und Fünfzigpfennigstücke kennt er, er kann aber eine Anzahl derselben (ein Fünfzigpfennigstück, zwei Zehnpfennigstücke, drei Fünfpfennigstücke und ein Pfennig) nicht zusammenrechnen — $7\frac{1}{2}$ Gr. Drei Talerstücke erkennt er als solche. Wieviel sind es Mark? „Acht.“ Ein Zehnmarkstück erkennt er. Einen Fünfzigmarkschein erklärt er für hundert Mark. Als ich ihm auch die Brille aufsetzen lasse und ihm die große Fünfzig zeige, liest er doch hundert daraus!

Nach alledem müßte es sich also um einen ganz hochgradigen Schwachsinn handeln, welcher infolge einer vor ca. zwölf Jahren erlittenen Schädelverletzung aufgetreten ist. Derselbe zeigte sich in hochgradiger Gedächtnisschwäche und einem solchen Intelligenzdefekt, daß er kaum etwa dem Standpunkt eines achtjährigen Kindes entspricht.

Im höchsten Grade muß es nun auffallend erscheinen, daß von diesem Schwachsinn bisher niemand etwas gemerkt hat, wird er doch im Gegenteil vom Vorsteher und Gendarm als äußerst schlauer und gerissener Mann geschildert, der sich mit großer Gewandtheit aus allen Strafsachen herauszuwickeln sucht und versteht; wird doch ferner von ihm behauptet, daß er viel mit Prozeßsachen zu tun habe; auffallend ist ferner, daß er bis jetzt immer noch selbständig seinen Hof bewirtschaftet und daß auch noch jetzt seine Kinder ihn um Rat fragen, ob sie Pferde oder Ochsen kaufen sollen usw. Würden sie dies wohl tun, wenn er ein Idiot wäre?

Wennschon diese Erwägungen im höchsten Grade verdachterregend sein müssen, so bin ich durch meine Untersuchungen zu der Überzeugung gekommen, daß er Simulant ist.

Daß er als alter Landwirt nicht einmal wissen will, ob Ochsen kalben oder nicht, das ist einfach gelogen; ebenso unglaubhaft aber ist es, daß er das Zweimarkstück als Dreimarkstück bezeichnet und trotz Erklärung usw. darauf beharrt usw. Wenn er so gedächtnisschwach ist, warum kann er sich denn gerade auf die Vorgänge auf der Landstraße so genau erinnern? Warum sagt er nicht ein-

fach, ich weiß das jetzt nicht mehr. Dazu kommt aber noch, daß er sich selbst in seinen Angaben widerspricht. Dr. M. gegenüber hat er seinen Geburtstag sowie das Alter der Kinder angegeben, er hat angegeben, ein Zentner seien 100 Pfd., mir gegenüber weiß er dies alles nicht. Er behauptet, nicht schreiben und lesen zu können. Als ihm gesagt wird, daß er ja die Briefe seiner Kinder gelesen habe usw., gibt er es zu. Wenn er aber diese Briefe lesen kann, wie kommt es, daß er die große Zahl 50 und die große deutsche Inschrift „Fünfzig Mark" auf dem Papiergeld — trotz Brille! — nicht lesen kann? Wie kommt es, daß er die nächstliegendsten, zu seinen täglichen Verrichtungen gehörenden Sachen nicht weiß, und als er einmal im gemütlichen Gespräch auf seine zweite Frau zu sprechen kommt, deren Vermögen usw. usw. ganz genau angeben kann?

Die einzige Erklärung, die ich darauf geben kann, ist die, daß er eben simuliert. S. mag meinetwegen beschränkt sein — geistesschwach ist er nach den dahin angestellten Ermittlungen jedenfalls nicht, und ich muß ihn deshalb für zurechnungsfähig erklären. Ich finde auch keinen genügenden Grund für die Annahme, daß er bei der Gerichtsverhandlung unzurechnungsfähig gewesen wäre. Denn dasselbe, was er damals unter Eid behauptet hat, behauptet er ja jetzt noch genau mit derselben Bestimmtheit.

Also selbst angenommen, daß er damals sich in Erregung befunden hätte, jetzt sind doch diese Einflüsse nicht mehr für ihn vorhanden; aber er bleibt doch bei seinen damaligen Aussagen fest bestehen. Nach diesen Erwägungen komme ich also zu dem Schluß, daß ich bei S. weder jetzt, noch in der Zeit des Gerichtstermins am 22. Juni einen Zustand der krankhaften Störung seiner Geistestätigkeit annehme, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen wäre.

Das Gutachten von Dr. Meyer vom 7. Dezember 1905 lautete:

Auf Veranlassung der Herzoglichen Staatsanwaltschaft Braunschweig erstatte ich unter Berücksichtigung der mir zugestellten Akten und auf Grund einer sechswöchigen Beobachtung in der hiesigen Herzoglichen Heil- und Pflegeanstalt über den Geisteszustand des Halbspänners S. aus E. das folgende Gutachten:

Ch. S. ist am 9. Februar 1844 in E. geboren.

Nach den Akten ist er verurteilt:

1. im Jahre 1883 wegen Diebstahls in zwei Fällen zu vier Wochen und vier Tagen Gefängnis;

2. im Jahre 1884 wegen Verleitung zum Meineide zu einem Jahr sechs Monaten Zuchthaus und drei Jahren Ehrverlust;

3. im Jahre 1886 wegen Hausfriedensbruch zu 30 M. ev. zehn Tagen Gefängnis;

4. im Jahre 1901 wegen öffentlicher Beamtenbeleidigung und Hausfriedensbruch zu fünf Monaten und 14 Tagen Gefängnis.

Am 27. Februar 1905 war es zwischen dem Sohne des S. und dem Invaliden P. auf der E.er Feldmark zu einer Schlägerei gekommen, die ein gerichtliches Nachspiel vor dem Herzoglichen Schöffengericht in H. hatte. O. S. wurde freigesprochen, P. dagegen verurteilt. P. legte Berufung ein, und am 22. Juni 1905 wurde über diese Strafsache vor der Zweiten Strafkammer des Herzoglichen Landgerichts in Braunschweig verhandelt. In dieser Verhandlung wurde Ch. S. als Zeuge vernommen. Trotzdem er in Rücksicht auf seine Vorstrafen eindringlich vor dem Meineide verwarnt wurde, machte er nach Leistung des Zeugeneides Angaben, welche die Einleitung einer sofortigen Untersuchung wegen Meineides und die sofortige Verhaftung des p. S. zur Folge hatten.

Während der Untersuchung wurden dann Zweifel an der Zurechnungsfähig-

keit des p. S. laut. Sanitätsrat Physikus Dr. Roth erstattete über den Geisteszustand des p. S. unterm 7. September 1905 (Akten 2 F. $^{692}/_{05}$ Blatt 98—108) ein ausführliches Gutachten, welches zu dem Schlusse kam, daß der § 51 des St.G.B. bei S. nicht zutreffe.

In der Sitzung des Herzoglichen Schwurgerichts vom 17. Oktober 1905 wurde dann gegen S. verhandelt. Der genannte Sachverständige beantragte, den Angeklagten zur Beobachtung seines Geisteszustandes auf die Dauer von sechs Wochen in der hiesigen Anstalt unterzubringen. Die Herzogliche Staatsanwaltschaft und der Verteidiger des Angeklagten schlossen sich diesem Antrage an, und gerichtsseitig wurde demgemäß beschlossen.

S. wurde während der Zeit vom 24. Oktober bis 5. Dezember in der hiesigen Herzoglichen Heil- und Pflegeanstalt beobachtet.

Während der ersten Zeit jammerte und klagte S. fortwährend über heftige Kopfschmerzen und antwortete auf die einfachsten Fragen meist: „Das wisse er nicht“. Dagegen erzählte er schon am 26. Oktober sehr ausführlich den Hergang des Streites zwischen seinem Sohne und dem Invaliden P. in folgender Weise: Es sei in E. Acker verkauft worden, und als er nachmittags von diesem Verkaufe nach Hause gekommen sei, da seien seine Leute noch auf dem Hofe gewesen. Er habe gesagt, weshalb sie noch nicht fort seien, sie sollten schnell machen. Er habe sich dann umgezogen und sei mit dem Ochsengespann nachgekommen. Sein Sohn O. sei vorangewesen, da sei P. dazu gekommen. Er habe gesehen, daß dieser sich ein- bis zweimal gebückt und auf O. eingeschlagen habe, dann seien beide in den Graben gefallen, er sei dazu gekommen. P. habe auch noch mit dem Misthaken nach seinem Sohne geschlagen. Dann sei es zur Klage in H. gekommen. Auf die Frage, wann das gewesen sei, antwortete er: „Das weiß ich nicht, das kann ich nicht behalten“; erzählte dann weiter: Sein Sohn sei freigesprochen, P. habe zwei Wochen bekommen. P. habe dann wieder „angeklagt nach Braunschweig“. Von Braunschweig wisse er nichts mehr. Als er auf dem Saale gewesen sei, sei der Rechtsanwalt B. und seine Tochter gekommen und hätten verlangt, er solle der Tochter gleich 1000 Mark geben. Er habe sich so erschrocken, daß seine Tochter hochschwanger gewesen sei, und den sie heiraten wolle, W., der Taugenichts, habe seinen Vater geschlagen und habe auch einen lahmen Arm. Der habe sich 90 Morgen Acker, den Morgen zu 400 Taler, gekauft und habe keinen Pfennig Geld. Auf die Frage, wieviel denn nun die 90 Morgen kosten, fängt er laut an zu weinen, er könne das nicht ausrechnen.

Wann die Sitzung des Schwurgerichts stattgefunden, wisse er nicht mehr, antwortete er auf eine direkte Nachfrage; die ersten Tage der vorigen Woche sei es gewesen. Er behauptet, er wisse gar nichts mehr davon, gibt aber gleich darauf an, die Zeugen seien nicht alle vernommen. Wenn alle Zeugen vernommen würden, werde seine Unschuld bewiesen. Dr. B. habe einen Eid geleistet, daß er in die Mergelgrube gefallen sei und seit der Zeit könne er sich nicht besinnen.

Seine Wahrnehmungen über den Hergang des Streites zwischen seinem Sohne und dem Invaliden P. gab er auch später stets in derselben Weise an.

Am 25. Oktober konnte er sich weder auf seinen Geburtstag, noch auf die Zahl seiner Geschwister besinnen, noch deren Aufenthaltsort angeben. Die ganze Art seiner Antworten ließ den Verdacht aufkommen, daß er seine Gedächtnisschwäche stark übertriebe, und diese Simulation hat sich denn auch im Laufe der Beobachtungszeit vielfach bestätigt gefunden. Während er sich auf nichts besinnen konnte, sobald der Unterzeichnete bestimmte Fragen an ihn richtete oder sich Notizen machen wollte, gab er in der einfachen Unterhaltung über Dinge, die er

sonst nicht wußte, unbefangen Auskunft. Von vornherein gab er sich dem hiesigen Personal gegenüber ziemlich frei und unterhielt sich mit demselben. Sobald aber der Arzt über die mit dem Personal besprochenen Dinge etwas wissen wollte, wußte er nichts mehr. So hatte er z. B. am 29. Oktober unmittelbar vor der ärztlichen Visite mit dem Wärter gesprochen über drei Personen, die aus E. in die hiesige Anstalt als Kranke Aufnahme gefunden. Auf meine direkte Frage: Kennen Sie jemand aus E., der hier nach der Anstalt gekommen ist, antwortete er: „Nein". Auf die weitere Frage: Kennen Sie die Leute in E.: „Ja, bis auf einige, die zuziehen". Als ich dann wieder frage: Wissen Sie denn wirklich niemanden aus E. hier in der Anstalt, meint er: „Da muß ich mich erst länger auf besinnen."

Am 31. Oktober wurden ihm Proben von Weizen, Roggen, Hafer und Gerste vorgelegt. Lange Zeit besah er die einzelnen Getreidearten, benannte dann langsam dieselben, bezeichnete aber die Gerste als Hafer. Bei nochmaligem Nennen der Arten dasselbe Resultat. Hieran schlossen sich dann folgende Fragen des Arztes und Antworten S's.

Was macht man mit Roggen? „Den hat der Bäcker immer bekommen."

Was macht der Bäcker damit? „Dat weet ick nich, ick bin noch nich in'n Backhuse west."

Was machen Sie hiermit (Gerste zeigend)? „Dat kriegt de Perde."

Was ist das? „Haber."

Wieviel Roggen hauen Sie? „Dat witt ick nich."

Was für Körnerfrucht hauen Sie? „Weiten, Roggen, Habern."

Kennen Sie noch eine andere Kornart? „Wieder witt ick doch nich. Wie hefft denn noch Ränwen."

Sobald der Wärter, der bei dieser Probe nicht zugegen war, wieder zu ihm kam, erzählte er diesem, ihm seien Getreidearten vorgelegt. Er habe erklärt, Gerste füttere er den Pferden, das sei doch richtig, Gerste und Hafer werde doch zusammengefüttert. Er meinte dann weiter, der Doktor werde ihm auch wohl noch Geldstücke vorlegen wie Dr. Roth es getan, was er dann sagen solle, er müsse doch dasselbe sagen, wie in Braunschweig, der Wärter möge ihn doch unterstützen und ihm angeben, was er sagen solle. Als der Wärter ihm riet, er möge doch ruhig und nach bestem Wissen antworten, meinte er, dann komme er ins Unglück. Am 1. November kam er ohne Nachfrage auf die Getreidesorten zurück und meinte: „Er habe sich das noch besonnen, worum ich ihn gefragt, das sei Gerste gewesen, die tue er immer zwischen Hafer." Auf die Frage, wie es komme, daß er gestern die Gerste nicht erkannt, meint er: „Ick kann mich immer nicht besinnen."

In der ersten Zeit behauptete er auch, gar nicht lesen zu können und ließ zwei Briefe, die er erhielt, uneröffnet liegen und gab sie seinen Kindern. Später las er, wenn auch stockend, ihm vorgelegte Proben.

Während der ganzen Dauer der Beobachtungszeit gab er keine Auskunft über die früher erlittenen Bestrafungen. Er behauptete stets, davon nichts mehr zu wissen. Nur die Bestrafung wegen Beamtenbeleidigung war ihm angeblich im Gedächtnis geblieben. Den Hergang dieser Anklage konnte er bis ins kleinste erzählen.

Er wies es weit von sich, jemals einen Diebstahl begangen zu haben oder den Versuch gemacht zu haben, jemand zum Meineid zu verleiten. Obwohl er sich an diesen gegen ihn geführten Prozeß nicht erinnern wollte, behauptete er doch, das Dienstmädchen habe aus Rache dafür, daß seine Frau sie entlassen, ihn angezeigt. Auf den Vorhalt, daß er, wenn er dies wisse, er sich auch der ihm zu-

teil gewordenen Strafe erinnern müsse, fing er, wie häufig, laut an zu weinen und beteuerte, daß er nicht lüge.

Nachdem er bereits acht Tage hiergewesen, wußte er angeblich meinen Namen noch nicht, obwohl ich täglich mindestens ein-, meist zweimal längere Zeit bei ihm gewesen war.

Sehr verschieden waren auch seine Leistungen im Rechnen, wie folgende Zusammenstellung zeigt:

25. Oktober: $2 + 2 = 4$; $3 + 5 = 6$; $17 + 18 =$ das weiß ich nicht; $4 - 3 = 2$; $19 - 7 =$ das weiß ich nicht.

4. November: $6 \times 6 = 36$; $7 \times 8 =$ das Einmaleins habe ich vergessen; sagt dann auf $1 \times 7 = 7$, $2 \times 7 = 14$ bis $6 \times 7 = 42$, weiter kommt er nicht.

21. November: $2 + 2 = 4$; $3 + 5 = 8$; $17 + 18 = 10$ und 10 sind 20 und 7 sind 27 und 8 sind 33; $99 + 12 = 111$; $4 - 3 = 1$; $19 - 7 = 12$; $31 - 9 = 26$; $119 - 21 =$ nach einigem Beteuern, daß er es nicht ausrechnen könne: wenn 19 davon nimmt, sind es 100, das wären dann 98; $2 \times 2 = 4$; $7 \times 3 = 21$; $3 \times 7 =$ ebensoviel.

Ähnliche Unterschiede zeigten sich bei allen Prüfungen seiner Intelligenz.

Zuweilen konnte er eine Anzahl Geldstücke nicht benennen und nicht zusammenzählen, verwechselte Zwei- und Dreimark-, Zehn- und Zwanzigmarkstücke Zu anderer Zeit zählte er einzeln hingelegte Geldstücke der verschiedensten Sorten vollkommen richtig zusammen. Er weiß nicht anzugeben, wieviel Pfennige eine Mark sind, nach langem Besinnen und nach der Angabe, es seien zehn Groschen, kommt er schließlich mit der Antwort: 90 Pfennige.

Am 25. Oktober behauptete er, das Datum des Weihnachtsfestes nicht zu wissen, am 21. November antwortete er auf dieselbe Frage ohne weiteres Besinnen richtig. Am 25. Oktober vermochte er die Wochentage weder vor-, noch rückwärts richtig aufzuzählen, am 21. November erfüllte er diese Aufgabe ohne weiteres. Am 25. Oktober antwortete er bei der Aufforderung, die Monate zu nennen: April, Juni, Mai, Juli, September, Oktober, Dezember. Auf die Frage: Sind das alle Monate? meinte er: „Und dann haben wir noch den Januar". Am 25. November ließ er nur den September aus. Rückwärts konnte er auch jetzt die Monate nicht aufzählen.

Am 25. Oktober wußte er nicht, wieviel Tage der Monat hat, am 25. November gab er diese Zahl auf 28 oder 30 an. Die Zahl der Tage der Woche gab er beide Male auf sechs an, konnte aber die Zahl der Tage des Jahres beide Male nicht angeben. Als Zahl der Wochen des Jahres gab er 40 an. Am 29. Oktober antwortete er auf die Frage: Woher kommen die Eier? „Ja, die hatt' ich zu Hause immer aus der Kiepe geholt." Auf die weitere Frage: Wie kommen die dahin? antwortete er: „Dat witt ick nich." Am 9. November antwortete er bei Wiederholung dieser Frage ohne weiteres: „Von den Hühnern."

Dauernd unbeantwortet ließ er die Frage: Was ist Eis? Meist antwortete er: „Eis ist Eis." Auf die weitere Frage: Woher kommt das Eis? antwortete er (25. November): „Wenn es friert." (Arzt:) Wo? „Wo Water ist." (Arzt:) Also was ist Eis? „Dat weet ick doch nich."

Am 1. November konnte er von vier ihm genannten Zahlen nur zwei wiederholen, am 8. November und 25. November wiederholte er drei richtig, die vierte falsch. Von fünf ihm gezeigten Gegenständen konnte er nur vier wiederholen. Die Reproduktion kurzer ihm vorgelesener oder von ihm selbst gelesener Zeitungsnotizen von drei bis fünf Druckzeilen war stets sehr mangelhaft; dagegen konnte er stets gut darüber berichten, was sich in der Abteilung zugetragen und welche Äußerungen einzelne Kranke gemacht und gab auch die Namen der Kranken richtig

an. Legte man ihm einfache Bilder vor, so war seine Beschreibung sehr dürftig. Als ihm die Photographie eines Schiffes vorgelegt wurde, behauptete er, den abgebildeten Gegenstand überhaupt nicht bezeichnen zu können.

Er weiß angeblich weder, wie der deutsche Kaiser heißt, noch wer im Herzogtum Braunschweig regiert. Dagegen ist ihm der Name des verstorbenen Herzogs bekannt.

Als Unterschied zwischen Ochsen und Kühen gibt er wiederholt an, der einzige Unterschied besteht darin, daß „de Osse trecket und de Koh melket". Auf die Frage: Wie bezeichnet man die Pferde nach dem Geschlechtsunterschiede? antwortete er: „Hengst und Stute." Was ein Wallach sei, behauptete er nicht zu wissen. Den Unterschied zwischen Teich und Fluß vermochte er nicht anzugeben, auf diese Frage antwortete er: „Wi hefft gar kein Water in unsern Dörpe." Dagegen beantwortete er die Frage: Was ist leichter, ein Pfund Holz oder ein Pfund Eisen? stets richtig, mit der Begründung: Pfund ist Pfund.

Während er am 25. Oktober erzählte, Dr. R. (Verteidiger) habe ihm gesagt, er solle hier untersucht werden, behauptete er am 23. November, er wisse nicht, weshalb er hier sei, er denke, daß er krank sei, weil ich doch ein Doktor sei, auch behauptete er, es habe ihm niemand gesagt, was er hier solle. Am 25. November erinnerte er sich plötzlich wieder sehr genau, daß Dr. R. (Verteidiger) bei ihm gewesen sei und ihm gesagt habe, daß er zu Herrn Direktor (der hiesigen Anstalt) G. solle. Dr. R. habe ihm auch mitgeteilt, daß Herr Dr. Hampe im Termin gewesen sei, dafür müßten 30 M. eingezahlt werden, er wisse aber nicht genau, ob Dr. R. gesagt, es seien schon von ihm 30 M. eingezahlt oder er müsse sie zahlen. Er erzählte dann auch, Dr. Hampe sei im Gefängnis bei ihm gewesen, gab Auskunft über dessen Untersuchung und konnte dessen Äußeres ganz gut beschreiben. Aus seinen Unterhaltungen mit dem Personal ging hervor, daß er sehr wohl über den Zweck seiner hiesigen Beobachtung und die Bedeutung des Resultats für seine Zukunft orientiert war.

Vor der Fortsetzung der Untersuchungshaft schien er eine große Furcht zu haben. Er äußerte wiederholt, er wolle lieber sterben, als daß er wieder nach Braunschweig in Untersuchung käme. Als ihm vom Personal einmal gesagt wurde, wenn er hier für krank erklärt werde, dann stehe ihm bevor, daß er dauernd als Kranker hier bleibe, meinte er, er sei doch nicht gemeingefährlich, deshalb könne er hier nicht dauernd untergebracht werden. Bei jeder Unterhaltung kam er auf seine Familiengeschichte. Er jammerte und klagte, daß ihm die von seiner Frau ins Werk gesetzte Ehescheidung soviel Geld koste, daß nun auch seine Tochter noch Geld von ihm haben wolle. Dabei zeigte es sich, daß er über Geldangelegenheiten ganz gut orientiert war und daß auch sein Gedächtnis für die Ehescheidungsangelegenheit sehr gut war. Obwohl er alle Schuld der Frau zuschob, hat er doch einmal den Arzt, er möge veranlassen, daß die Frau hierher komme. Es sei doch nicht ausgeschlossen, daß er vielleicht sterbe, und da wolle er sie vorher noch einmal sehen.

Machte man ihm Vorhaltungen, daß er oft wider besseres Wissen falsche Antworten gäbe, so beteuerte er, daß dies nicht der Fall sei und behauptete entweder, seit dem Falle in die Mergelgrube oder seit dem Beginn der Ehescheidungsklage und dem Zerwürfnis mit seiner Tochter leide er an zeitweiser Gedächtnisschwäche.

Bei den Besuchen seiner Kinder zeigte er stets Interesse für den Stand der landwirtschaftlichen Arbeiten und gab auch Anweisungen, wie dies oder jenes zu regeln sei.

Als ihm geklagt wurde, daß sein jüngster Sohn nicht gut tun wolle, war er darüber sehr betrüht und bat nachher den Unterzeichneten, er möge doch den Sohn einmal ermahnen oder an den Oberamtsrichter schreiben, dieser möge seinem Sohne verbieten, daß er zu W. gehe.

Wahnideen und Sinnestäuschungen waren nicht festzustellen.

Die Stimmungslage war dem Inhalte seiner Vorstellungen entsprechend. Im allgemeinen war die Stimmung farblos, bei der Unterhaltung über seine Ehescheidung und bei Vorhalt seiner Simulation fing er vielfach laut an zu weinen.

Die Nahrungsaufnahme war gut. Am 1. November wog er 60,5 kg, am 1. Dezember 64,5 kg.

Der Schlaf war vielfach gestört. Wenn auch nicht direkte längerdauernde Schlaflosigkeit festgestellt wurde, so wachte S. doch sehr häufig mehrmals in der Nacht auf und wurde insbesondere bei jedem leichten Geräusch wach.

S. ist ein ziemlich kleiner, gut genährter, kräftig gebauter Mann. Der etwas breite Schädel ist nicht ganz symmetrisch, die linke Schädelhälfte ist etwas größer. Beklopfen des Schädels ist angeblich überall schmerzhaft. Unter dem linken Auge befindet sich nach dem Jochbogen zu eine verschiebliche Narbe. Auf dem linken Auge zeigt sich ein beginnender Star.

Die Pupillen reagieren bei Lichteinfall und bei Akkommodation.

An den Ohren nichts Pathologisches.

Im Gebiete des N. facialis und N. hypoglossus keine Innervationsstörung. An Herz und Lungen nichts Abnormes.

In der linken Leistenbeuge befindet sich eine runde Narbe, etwas kleiner als ein Pfennigstück, über deren Herkunft S. keine Angabe machen kann.

Auf dem rechten Unterschenkel findet sich eine Anomalie in der Muskulatur, die ohne weitere Bedeutung ist.

Die Knochen- und Sehnenreflexe sind überall in normaler Stärke vorhanden.

Sensibilität und Lokalisationsvermögen sind intakt.

Zur Beurteilung des Geisteszustandes des p. S. erübrigt es nun noch, an der Hand der Akten seine psychische Persönlichkeit soweit als möglich festzustellen.

Was zunächst die Frage der erblichen Belastung anlangt, so ist die Angabe S.'s bezüglich seiner Mutter und Schwester nach den Ermittelungen des Oberwachtmeisters J. in H. vom 30. November 1905 nicht zutreffend. Auch in einem ärztlichen Zeugnis des Dr. med. B. vom 4. Juni 1884 ist nur erwähnt, daß die Eltern „körperlich recht gebrechlich" sind. Ebenso ist in Bittgesuchen des p. S. und seines Vaters nichts von Geistesschwäche der Mutter erwähnt.

Über S.'s Charakter und geistigen Fähigkeiten findet sich folgendes:

In den Akten Nr. 181 aus dem Jahre 1883 wegen Diebstahls gibt Gastwirt K. an: S. ist „sehr auf seinen Vorteil", „niemand will etwas mit ihm zu tun haben," ist „mit Worten durchaus nicht verlegen und versucht, sich stets herauszulügen". Schlachtermeister W. äußert sich, „der Ruf von S. ist sehr schlecht, er gilt allgemein für unredlich und verlogen".

Als er 1883 wegen zweier Diebstähle zu vier Wochen und vier Tagen Gefängnis verurteilt wurde, legte er zunächst Berufung ein, zog dieselbe aber zurück und reichte ein Bittgesuch um Umwandlung der Strafe in Geldstrafe ein. In diesem Bittgesuch bestreitet er jede rechtswidrige Absicht. Das Bittgesuch wird abschlägig beschieden und S. verbüßt seine Strafe vom 21. Januar 1884 bis 25. Februar 1884. Jetzt versucht er das Wiederaufnahmeverfahren und schreckt nicht davor zurück, den Versuch zur Verleitung eines Meineides zu unternehmen.

Deswegen zu einem Jahr sechs Monaten Zuchthaus verurteilt, versucht er zunächst wiederum das Wiederaufnahmeverfahren durchzusetzen. Nachdem dies

abgelehnt, bemüht er sich, die Strafe möglichst lange hinauszuschieben zu lassen. Als er dann kaum sieben Monate verbüßt hat, wird ein Gnadengesuch von seinem Vater eingereicht. In dem Bericht der Direktion der Gefangenenanstalten heißt es nun: „S. ist ein geistig beschränkter Mensch, er hat die beiden Diebstähle reumütig eingestanden und gibt an, daß er im Schamgefühl über seine wegen Diebstahls erlittene Verurteilung den Versuch gemacht habe, sich durch Berufung unter Hilfe eines tüchtigen Rechtsanwalts der Bestrafung zu entziehen.“ Er gibt zu, dem Rechtsanwalt etwas vorgelogen zu haben. Weiter heißt es dort: „Bei jedem Besuch auf der Zelle schwimmt er in Tränen und ist der Verzweiflung nahe. An der Tiefe und dem Ernste seiner Reue kann nicht gezweifelt werden, er hat volle Einsicht von der Strafwürdigkeit seiner Handlungsweise gewonnen.“

Die Staatsanwaltschaft (Blatt 90) bezweifelt „bei der Verlogenheit des p. S.“, daß seine Reue eine wahre ist. Es wurde daher das Gesuch abschlägig beschieden. Auf ein abermaliges Gesuch wurde ihm am 29. März 1885 der Rest der am 8. Juni 1884 angetretenen Strafe erlassen.

Im Jahre 1901 wurde S. wegen Hausfriedensbruchs und Beamtenbeleidigung — er hatte einen Lehrer in E. beschimpft — angeklagt. Er bestritt die ihm durch mehrere Zeugen nachgewiesenen Vergehen und wurde zu fünf Monaten und 14 Tagen Gefängnis verurteilt. Er legte wiederum Berufung ein, die jedoch verworfen wurde. Während er die Strafe verbüßte, reichte seine Ehefrau ein Begnadigungsgesuch ein, in dem sie ausführte, daß S. vielleicht unzurechnungsfähig sei.

S. wurde daraufhin von dem Gefängnisarzt untersucht, der darüber unterm 17. März 1902 berichtet, „daß die Untersuchung des p. S. keine Anhaltspunkte ergeben hat, daß irgendeine körperliche oder geistige Anlage bei demselben vorhanden sei, welche denselben zu einer Handlungsweise zwangsweise hinreißen konnte. Im Gegenteil macht der p. S. einen recht gesunden und auch geistig normalen Eindruck“.

In den in der jetzt vorliegenden Sache ergangenen Akten finden sich endlich folgende Angaben: Fußgendarm Pl.-H.: „Der Angeschuldigte und auch sein Sohn stehen in schlechtem Rufe. Beide sind streitsüchtig, und beide sind als Lügner verrufen.“

Landwirt M.-E.: „Die ganze Familie S. steht hier in schlechtem Rufe, besonders der Angeschuldigte selbst, der mit den Gerichten fortwährend zu kramen hat und der, wie hier allgemein die Meinung geht, in seinen Sachen immer übertriebene Behauptungen aufstellt, die sich hinterher als erfunden herausstellen. Man traut ihm hier im Dorfe wohl allgemein zu, daß er eines Meineides fähig ist“.

Gemeindevorsteher Sch. sagt dasselbe aus, ebenso Stationskommandant J.

Als späterhin Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit geltend gemacht wurden, ergaben die Erhebungen folgendes:

Gemeindevorsteher Sch. hat „niemals Beobachtungen gemacht, aus denen zu schließen wäre, daß S. irgendwie geistig nicht normal sei“, er hält ihn im Gegenteil „für einen äußerst schlauen und gerissenen Menschen“.

Gerichtsassessor G. kennt S. aus zahlreichen Prozessen. Sein Urteil geht dahin, daß „er ein äußerst gerissener Mensch“ ist, welcher namentlich die in Betracht kommende Sachlage durchweg klar durchschaut und in der Wahl seiner Auswege und Hilfsmittel keineswegs verlegen ist. Spuren geistiger Störung oder Minderwertigkeit hat er nie an S. beobachtet.

Überblickt man das vorstehende Material zur Beurteilung des Geisteszustandes des p. S., so könnte man zunächst auf den Gedanken kommen, S. sei von Jugend auf ein geistesschwacher Mensch. Hierfür könnten sein geringes Wissen und seine mangelhafte Merkfähigkeit sprechen. Zudem hat die Direktion der Gefangenen-

anstalten 1884 dieses Urteil ausgesprochen. Gegen diese Annahme spricht aber seine gesamte Lebensführung. Er hat seinen Hof regelrecht bewirtschaftet, er hat verschiedene Prozesse geführt, ohne daß je daran gedacht wäre, seine normale Geistesfunktion anzuzweifeln. Es käme dann ferner die Möglichkeit in Betracht, daß durch den erlittenen Unfall seine geistigen Kräfte Einbuße gelitten hätten, daß es sich bei ihm um einen geistigen Niedergang im Anschluß an eine Kopfverletzung handle. Jedoch auch diese Annahme ist irrig, da bei ihm nur ein einziges Symptom dieser Erkrankung, die scheinbar hochgradige Gedächtnisstörung, vorhanden ist, während eine Reihe anderer geistiger und körperlicher Krankheitserscheinungen fehlen. Auch pflegt sich die Form der Geistesstörung entweder sofort an die Verletzung anzuschließen oder sich sehr allmählich zu entwickeln.

Vor drei Jahren aber konnte der Gefängnisarzt in Wolfenbüttel keine geistige Abnormität an S. entdecken.

Bis zu seiner Verhaftung und anscheinend auch in der ersten Zeit der Untersuchungshaft ist S. in geistiger Beziehung nicht weiter aufgefallen. Daß sich aber nun in so kurzer Zeit eine derartig hochgradige Gedächtnisstörung entwickeln sollte, widerspricht aller wissenschaftlichen Erfahrung. Aber auch angenommen, es bestehe bei S. geistige Schwäche, so käme es einzig und allein auf den Grad an. Es wäre zu untersuchen, ob sein Schwachsinn so hochgradig ist, daß die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist oder nicht. Hierüber aber hat die Beobachtung kein sicheres Resultat ergeben, da S., wie aus dem Mitgeteilten hervorgeht, in so grober Weise simuliert hat, daß man nicht feststellen kann, inwieweit seine Geistesschwäche auf Simulation und inwieweit sie auf einem Mangel seiner geistigen Fähigkeiten beruht. Daß er über sein Vorleben und einfache landwirtschaftliche Dinge keinen Bescheid wissen will, ist ohne weiteres als Simulation aufzufassen. Daß er eben noch mit einem Wärter sich über Bekannte aus E. unterhält und im nächsten Augenblick nichts davon wissen will, ist sicherlich Simulation.

Abgesehen von hysterischen und epileptischen Störungen gibt es keine geistige Erkrankung, in deren Verlauf bei sonst normalem Verhalten solche partielle Gedächtnislücken, wie S. sie darzubieten scheint, vorkommen. Weder die übrige Untersuchung, noch der körperliche Befund bieten irgendwelche Anhaltspunkte dar, daß bei S. eine der genannten Erkrankungen in Betracht kommen könnte. Für geistige Schwäche spricht andererseits die fortgesetzte Simulation. Daß er immer wieder versucht, trotz Vorhalts die einfachsten Dinge nicht zu wissen, daß er dem Personale gegenüber sich ganz anders verhält als dem Arzte gegenüber, zeugt von ziemlicher Beschränktheit.

Die Tatsache aber, daß er bisher seine Lebensstellung ausgefüllt hat, daß er früher vor Gericht die Sachlage klar durchschaut hat, daß er seine Ehescheidungsangelegenheit genau auseinandersetzen kann, spricht dafür, daß der Grad des Schwachsinns kein sehr hoher ist.

Es wäre nun auch noch in Betracht zu ziehen, ob S. zurzeit der Begehung des ihm zur Last gelegten Meineides sich in einem Zustande der Bewußtlosigkeit oder krankhaften Störung der Geistestätigkeit, welche die freie Willensbestimmung ausschließt, befunden hat.

Daß bei ihm kein Zustand von Bewußtlosigkeit vorgelegen hat, geht wohl ohne weiteres daraus hervor, daß er sich genau erinnert, was seine Tochter und Rechtsanwalt B. von ihm verlangten.

Daß er durch die Forderungen dieser einigermaßen erregt geworden ist, mag zugegeben werden, daß er aber in seiner Aussage dadurch beeinflußt ist, ist nicht möglich, weil er noch heute diese Aussage ganz in derselben Weise wiederholt.

Ich gebe mein Sachverständigengutachten dahin ab, daß der Halbspänner Ch. S. aus E.:

1. sich am 22. Juni d. J. nicht in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit, welche die freie Willensbestimmung ausschließt, befunden hat;

2. derartig simuliert, daß zwar eine absolut sichere Feststellung, ob er sich jetzt in einem solchen Zustande befindet, nicht möglich ist, dies aber nicht anzunehmen ist, da die Angaben, die er rückhaltlos machte, dafür sprechen, daß der Schwachsinn nicht so hochgradig ist, daß durch ihn die freie Willensbestimmung ausgeschlossen würde.

Am 2. Februar 1906 begann vor dem Schwurgericht in Braunschweig die Verhandlung:

Der Angeklagte behauptete zunächst, sich der Vergangenheit nicht mehr zu erinnern. Über seine Vorstrafen wisse er nur, daß er wegen eines Streites mit dem Lehrer bestraft sei und daß er zurzeit eine Strafe wegen Mißhandlung seiner Tochter verbüße, sei ihm bekannt. Dagegen behauptete er, durch den Anblick seiner Tochter und die Unterredung mit dem Rechtsanwalt B. in so heftige Erregung geraten zu sein, daß er nachher nicht gewußt habe, was er gesagt, weil er an starker Gedächtnisschwäche leide. Auf die Frage des Vorsitzenden, ob er sich erinnere, daß er an demselben Tage, als die Verhandlung gegen P. stattgefunden, verhaftet sei, antwortete er: „Nein, das weiß ich nicht." Auch von der Schwurgerichtsverhandlung am 17. Oktober 1905 wollte er nichts mehr wissen.

Es folgte nun die Zeugenvernehmung. Als erster Zeuge wurde vernommen: Landgerichtsdirektor B., der Vorsitzende der Strafkammersitzung, in der S. den ihm zur Last gelegten Meineid leistete. Dieser Zeuge bekundete: Er erinnere sich des Termins noch sehr genau. S. sei ihm aus früheren Prozessen bekannt. Er kenne ihn als klar denkenden Mann, dessen Gedächtnis durchaus nicht gestört sei, der aber sehr leicht Hintertüren suche und es mit der Wahrheit nicht genau nehme. Er habe es deshalb für angebracht gehalten, S. zuletzt zu vernehmen. S.'s Aussage habe mit den übrigen Zeugenaussagen in krassem Widerspruch gestanden. Er habe deshalb S. scharf vorgenommen und ihn ernstlich verwarnt. Dennoch habe S. bei seiner einmal gemachten Aussage verharrt. Auf Antrag der Staatsanwaltschaft sei die Aussage S.'s zu Protokoll genommen. Von einer Aufregung des S. habe er nichts bemerkt. Während der Beratung des Gerichtshofes habe ihm der Gerichtsdiener mitgeteilt, S. wolle seine Aussage widerrufen. Der Gerichtshof sei dann in den Saal zurückgekehrt und S. habe erklärt, wenn er etwas zuviel gesagt habe, so wolle er das zurücknehmen. Auf die Frage, was er denn nun zurücknehmen wolle, habe S. seine erste Aussage wiederholt und behauptet, dies sei die reine Wahrheit. Darauf sei seitens der Staatsanwaltschaft der Antrag gestellt, S. wegen Verdachts des Meineids zu verhaften. Als der Angeklagte nun gemerkt habe, daß es ernst werde, habe er behauptet, er sei verwirrt, er wisse gar nicht, was er sage. Nun habe sich der Zeuge die größte Mühe gegeben, S. dazu zu bewegen, die Unwahrheit seiner Aussage einzugestehen und ihn auf den rechten Weg zu bringen, habe ihm gesagt, wenn er jetzt eingestehe, so werde seine Strafe milder. S. sei aber dabei geblieben, er habe die reine Wahrheit gesagt.

Der nächste Zeuge war lediglich Leumundszeuge für den ältesten Sohn. Seine Aussage kommt für die Beurteilung des S. nicht in Betracht. Darauf wurde ein Zeuge vernommen, der in der vorigen Schwurgerichtsperiode als Geschworener mitgewirkt hatte. Er hatte sich aus Interesse an dem Fall an den Punkt gestellt, von wo der Angeklagte seine Beobachtungen gemacht haben will. Er sagt aus,

daß man wohl von dort aus nach dem Tatorte hinsehen könne, man müsse aber sofort seinen Blick auf die betreffende Stelle werfen, sonst könne man keine genauen Beobachtungen machen.

Es wurde darauf S. aufgegeben, auf einem Lageplan die Stelle, von der aus er die Schlägerei gesehen habe, zu zeigen, er behauptete, dies nicht zu können. Der Vorsitzende machte S. dann noch einmal auf den Widerspruch aufmerksam, daß er bald gesagt, er habe gesehen, wie P. seinen Sohn mit einem Misthaken geschlagen, dann wieder, er habe es nicht gesehen. Der Angeklagte meinte dazu: „Ich soll gesagt haben, daß ich das nicht gesehen habe?“ Vors.: „Ja, das steht hier auf dem Papier.“ Angekl.: „Na, denn laten Se et man stahn.“

Auf Antrag der Staatsanwaltschaft wurde nun beschlossen, daß das Gericht am nächsten Tage die Örtlichkeit in Augenschein nehmen wolle; wenn möglich, sollten jedoch die Sachverständigen am ersten Sitzungstage vernommen werden.

Dann wurde mit der Zeugenvernehmung fortgefahren:

Oberlandesgerichtsrat H., der als Staatsanwalt in der Sitzung am 22. Juni tätig gewesen war, machte im wesentlichen dieselben Angaben, wie der erste Zeuge. Er ist im übrigen der Überzeugung, daß S. ein äußerst klar denkender Mann sei und seine Gedächtnisschwäche jetzt simuliere. Während der Beratung des Gerichts habe der Rechtsanwalt B. dem jetzigen Angeklagten S. zugeredet, er solle sich doch nicht unglücklich machen und solle das eben Gesagte zurücknehmen. Als das Gericht wieder erschienen sei, habe er aber schließlich doch wieder seine erste Aussage wiederholt; darauf sei er verhaftet.

Als nächster Zeuge wurde Gerichtsassessor G. aus H. vernommen; dieser hat S. in verschiedenen Gerichtsverhandlungen in H., dem Amtsgericht für S.'s Wohnsitz, kennen gelernt. Dabei hat er beobachtet, daß der Angeklagte S. sich der kleinsten Einzelheiten aus Vorverhandlungen genau erinnere; irgendeine Gedächtnisschwäche habe er niemals bei S. bemerkt. Als der Vorsitzende nach dieser Aussage den S. befragte, was er dazu zu sagen habe, meinte er: „Den lassen Sie man sagen, was er will.“

Der nächste Zeuge war Rechtsanwalt B., der Verteidiger des P. in der Sitzung vom 22. Juni 1905. Er behauptete, mit S. erst gesprochen zu haben, nachdem S. seine erste Aussage gemacht habe. Aus den Handakten des Rechtsanwalts J., den Rechtsanwalt B. damals vertrat, wurde ein Stenogramm verlesen, das die Aussage des S. über den Hergang wiedergibt. (Die damalige stenographierte Aussage deckt sich völlig mit den später von S. gemachten Aussagen.)

Während der Beratung des Gerichtshofes habe er dann S. Vorschläge zur Schlichtung eines Streites wegen Körperverletzung seiner Tochter gemacht, zu dem an demselben Tage Termin anstand. Darauf sei er fortgegangen. Als ihm die Rückkehr des Gerichtshofes gemeldet sei, habe er geglaubt, das Urteil solle verkündet werden und sei wieder in den Sitzungssaal gegangen. Jetzt habe der Vorsitzende mitgeteilt, S. habe sich melden lassen, um eine Erklärung abzugeben. S. habe dann erklärt, wenn er zuviel gesagt, wolle er es zurücknehmen, sei aber schließlich wieder mit der ersten Aussage hervorgekommen. Daraufhin habe der Staatsanwalt seine sofortige Verhaftung beantragt. Während darüber beraten sei, habe er auf den Angeklagten einzuwirken gesucht, noch jetzt seine Aussage zurückzunehmen, da er dann milder beurteilt werde. Bei dieser Gelegenheit kam sein Sohn Otto dazu und erklärte, sein Vater solle ja nichts zurücknehmen, der Meineid müßte ihm erst durch drei Zeugen bewiesen werden. Zeuge habe dagegen opponiert und alles versucht, den jetzigen Angeklagten zu einer Zurücknahme seiner Aussage zu bewegen. Als dann der Gerichtshof die Verhaftung S.'s verkündet habe, habe S. wieder gesagt, wenn er's denn nicht so genau gesehen habe,

wolle er es zurücknehmen. Der Vorsitzende habe dann S. noch einmal nach den Vorgängen gefragt, jetzt habe er gesagt, so genau hätte er das doch wohl nicht gesehen.

Über den Geisteszustand des Angeklagten könne er nur angeben, daß er an S. nichts bemerkt habe, was auf irgendeine Störung deute. In seinem Urteile sei er stets klar und sicher gewesen.

Der nächste Zeuge war der Untersuchungsrichter Landgerichtsrat H. Er bekundete, daß S. am 10. Juli genau gewußt habe, was er unter Eid ausgesagt habe.

Bei späteren Vernehmungen habe er dann z. T. das, was er vorher behauptet, widerrufen und habe behauptet, er sei durch Rechtsanwalt B. verwirrt gemacht.

Darauf wurde der Gemeindevorsteher S. aus E. vernommen. Er bezeichnete den Angeklagten als klagesüchtig und als Querulant. Wenn er versucht habe, ihn von seinen Klagereien abzuhalten, habe der Angeklagte erwidert: er habe die Gesetzbücher im Hause, die Gesetzbücher des Gemeindevorstehers seien alt. Daß der Angeklagte an Gedächtnisschwäche leide, habe er nie bemerkt, er halte ihn für einen gerissenen Menschen. Auf Fragen des Sachverständigen Dr. Hampe gibt der Zeuge noch an, daß die Mutter des Angeklagten im Alter „etwas sonderbarer Natur“ gewesen sei, die letzten Jahre aber nicht in E. bei dem Angeklagten, sondern bei seiner Schwester verlebt und dort verstorben sei. Bezüglich Alkoholgenusses sei er sehr solide gewesen. Auf Dr. Meyers Fragen bekundet der Zeuge, daß S. seine Landwirtschaft ganz ordentlich betrieben habe; wenn der Hof etwas zurückgekommen sei, so liege das an den traurigen ehelichen Verhältnissen, an denen S. selbst wohl am meisten schuld sei. Sicherlich wisse er sehr wohl, was ein Wallach sei und kenne auch Gerste. Die Geldgeschäfte habe früher seine erste Frau geführt, aber in die landwirtschaftliche Bewirtschaftung habe er sich nicht hereinreden lassen, da „war er der Herr“. Eine dann über den Geisteszustand des Angeklagten vernommene 72jährige Zeugin H. aus H. gibt an, S. sei manchmal bißchen böse, manchmal auch wieder gut gewesen, er habe davon gesprochen, er wolle seine Tochter erschießen und sich aufhängen. Auf spezielle Nachfrage, ob sie denn etwas, was für Geistesstörung des S. spreche, bekunden könne, meint sie: S. sei soviel nach dem Pastor gelaufen, daß der seine zweite Frau zur Rückkehr in das S. Haus veranlasse. Sonst wisse sie nichts. Dann wurde die Tochter des Angeklagten vernommen. Sie gab an, durch die Besprechung mit dem Rechtsanwalt B., die vor dem Termine stattgefunden habe, sei ihr Vater ganz „wirr“ geworden. Seit ein „paar“ Jahren sei ihr Vater anders geworden, seit dem Ehescheidungsprozeß mit seiner zweiten Frau, habe oft nicht gegessen, sei verzweifelt gewesen, habe sich das Leben nehmen wollen, habe zuweilen Geschirr zerworfen. „Jähzornig war er nicht.“ Vergeßlich sei er in den letzten zwei Jahren geworden. „Für uns Kinder sorgte er viel.“

Auf spezielle Nachfrage des Sachverständigen Dr. Meyer gibt sie an, daß ihr Großvater zwar alkoholische Getränke getrunken habe, aber nicht viel. Daß ihr Vater nach Bier- oder Branntweingenuß irgendwelche Veränderungen in seinem Wesen und Verhalten gezeigt habe, ist ihr nicht bekannt, er habe aber selten etwas getrunken. Das Zeugnis des 16jährigen Sohnes war belanglos.

Auf den nächsten Zeugen, Oberwachtmeister J. aus H., hat S. den Eindruck eines lügenhaften Menschen gemacht, der sehr genau wisse, was er wolle. Denn ehe S. handele, habe er alles überlegt, wie er seine Sache durchsetzen oder wie er bei Beschuldigungen sich herauswickeln könne.

Die von S. angegebenen Beobachtungen könne er nach den von Zeugen angestellten Versuchen in der Feldmark E. nicht gemacht haben.

Die Schwester des S. sei geistig nicht abnorm, über die Mutter sei ihm nichts bekannt.

Der Zeuge Rechtsanwalt B. wurde dann nochmals vernommen, um den Widerspruch zwischen seiner und der Tochter S.s Aussage klarzustellen. Er blieb bei seiner ersten Aussage. Eine Verlesung des Protokolles vom 12. Juli 1905 über die Vernehmung des Rechtsanwalts B. durch den Untersuchungsrichter ergab die Übereinstimmung seiner jetzigen Aussage mit der damals gemachten.

Als der Angeklagte selbst gefragt wurde, behauptete er, er wisse nichts mehr von dem Tage, an dem die Strafkammerverhandlung stattgefunden habe.

Der dann vernommene Knecht des Angeklagten vermag über den Geisteszustand desselben nichts auszusagen.

Der Gendarm Pl. aus H. bekundet, daß er S. als lügenhaften Menschen kenne; seine Nachforschungen über den Geisteszustand der Mutter und der Schwester des Angeklagten haben nichts dafür ergeben, daß eine oder die andere, oder beide, wie der Angeklagte behauptet habe, geistig abnorm gewesen seien.

Dr. med. B. aus H. erstattete darauf sein Gutachten: Im Jahre 1891 sei S. in einer Mergelgrube verunglückt und habe schwere Kopfverletzungen, aber keine Schädelfraktur davongetragen. S. sei zunächst besinnungslos gewesen. Lange nachher habe er noch über Schwindel geklagt. Irgendeinen geistigen Defekt habe er bei S. nicht entdeckt. Er habe dann S. lange nicht zu Gesichte bekommen. In der heutigen Verhandlung sei ihm aufgefallen, daß S. seit dem Unfall prozeßsüchtig und halsstarrig geworden, aber eine krankhafte Geistesstörung, die seine freie Willensbestimmung ausschließe, liege seines Erachtens nicht vor, jedoch müsse er das Urteil über den Geisteszustand den übrigen Sachverständigen überlassen.

Dr. Roth wiederholt im wesentlichen das von ihm abgegebene schriftliche Gutachten, welches er auch nach dem Ergebnis der Verhandlung in vollem Umfang aufrecht erhielt; er weist besonders noch darauf hin, daß es auch in dem Termin deutlich zutage getreten sei, daß S. sich immer derjenigen Umstände, welche für ihn günstig lagen, recht gut erinnerte, während er alles andere vollständig vergessen haben wollte. Das Gutachten ging dahin, daß S. Simulant sei, daß er etwas beschränkt sein könne, aber keinesfalls so, daß daraus eine Unzurechnungsfähigkeit herzuleiten sei, daß auch kein Grund vorliege, für die Zeit des geleisteten Meineids bei ihm eine krankhafte Störung anzunehmen, welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen hätte.

Dr. Meyer legte in kurzen Zügen das Beobachtungsmaterial aus der Anstalt dar und kam auch auf Grund der heutigen Verhandlung zu den Schlußfolgerungen, in denen das schriftliche Gutachten gipfelte.

Dr. Hampe erstattete das jetzt veröffentlichte Gutachten.

Dr. R. und Dr. M. blieben bei ihrem Gutachten.

Gegen $11^1/_2$ Uhr abends wurde die Sitzung geschlossen.

Am nächsten Tage fand dann an Ort und Stelle die Verhandlung weiter statt, die Sitzung des Schwurgerichts wurde in H. fortgesetzt. Es wurden noch acht Zeugen vernommen. Die Geschworenen bejahten die Frage des Meineides. Das Urteil lautete auf fünf Jahre Zuchthaus, Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte auf sechs Jahre und auf dauernde Unfähigkeit, als Zeuge oder Sachverständiger eidlich vernommen zu werden. In den Urteilsgründen wird ausdrücklich hervorgehoben, daß nach dem von uns erstatteten Gutachten S. etwas schwachsinnig und daher geistig minderwertig sei und dieser Umstand strafmildernd berücksichtigt sei.

Unsere Gründe, uns nicht auf den Standpunkt Dr. Hampes zu stellen, waren folgende:

Hereditäre Belastung ist weder aktenmäßig, noch durch Zeugen im Sinne Dr. Hampe festzustellen, selbst Dr. B. erwähnt von den Eltern nur, daß sie körperlich gebrechlich gewesen seien.

Wenn Dr. Hampe (S. 435) sagt, daß „nicht jeder Mensch im Alter geistesschwach werden muß“, so ist dies nicht zu bestreiten, dagegen, „daß der, der es wird, erblich dazu disponiert war, wenn sonst keine Ursachen nachweisbar sind“, ist in dieser Allgemeinheit nicht anzuerkennen. Soll sich diese Behauptung auf die Mutter des S. beziehen, dann fehlt — selbst Hampes Behauptung als zu Recht bestehend angenommen — jeder Nachweis für diese Disposition; im Gegenteil, obiges Gutachten des Dr. B. läßt eher auf irgendeine Altersdegeneration (Arteriosklerose?) schließen, — es würde damit also eine andere Ursache nachweisbar sein. S. selbst kann Dr. Hampe wohl nicht gemeint haben, da er bei ihm ja angeborenen Schwachsinn annimmt.

Die Behauptung Dr. Hampes, „der zweite Sohn des Angeklagten ist als schwach befähigt anzusehen“, wird dem Gutachten nach einzig und allein aus dem Umstande geschlossen, daß dieser Sohn aus der vierten Klasse konfirmiert war. Eine solche Schlußfolgerung erscheint uns ohne Darlegung weiterer Gründe unberechtigt, da dieser Sohn des S. erst lange Zeit in der Dorfschule war und dann in der letzten Schulzeit in die Stadtschule kam, wo er, wie dies in der Regel ist, in eine tiefere Klasse kam und daher aus der vierten konfirmiert wurde. Den Eindruck eines Schwachsinnigen hat er auf uns bei seiner Vernehmung nicht gemacht; eine weitere Beobachtung desselben ist allerdings nicht vorgenommen worden.

Als Beweis für eine geistige Anomalie der Tochter wird von Dr. Hampe der Umstand betrachtet, daß die Tochter nächtlicherweile ausgeblieben ist und schließlich von dem Manne, der sie später geheiratet hat, geschwängert ist. Wer die ländlichen Verhältnisse kennt, wird aus diesen Tatsachen kaum eine geistige Anomalie herleiten können.

Welcher Art der Zweifel an der geistigen Gesundheit des S. seitens der Gefängnisbeamten gewesen ist, gibt Dr. Hampe nicht an. Dem Gerichtsarzt haben sie wiederholt ihre Ansicht dahin ausgesprochen, daß S. Simulant sei und ihm dafür auch entsprechende Beweise geliefert, so z. B. wenn S. dem Gerichtsarzt angab, er könne nicht lesen, berichteten die Gefangenenaufseher, das sei gelogen, S. habe die Briefe seiner Kinder gelesen. Ferner berichteten die Gefangenenaufseher, daß S. sich bei den Anfragen der Kinder über wirt-

schaftliche Angelegenheiten ganz anders benommen habe, als bei den gleichen Fragen seitens des Gerichtsarztes.

Über die Angabe der Direktion der Gefangenenanstalten und den Befund des Gefängnisarztes in Wolfenbüttel gibt schon das schriftliche Gutachten Dr. Meyers Aufschluß.

Eine Intoleranz gegen Alkohol wurde von der Tochter bei ihrer Vernehmung bestimmt bestritten, auch sonst ist diese niemandem aufgefallen.

Daß S. sehr zurückgezogen und solide gelebt, Gastwirtschaften so gut wie gar nicht besucht hat, hat wahrscheinlich darin seinen Grund, daß niemand im Dorfe mit ihm verkehren mochte.

Bezüglich des Unfalles gab Dr. B. an, daß er bei seiner Behandlung im Jahre 1891 keinen geistigen Defekt an S. entdeckt habe. Im Gegensatz zu Dr. Hampe gab dieser Gutachter ferner ganz bestimmt an, daß S. keine Verletzung am knöchernen Schädel, sondern lediglich Weichteilwunden davongetragen habe. Von Folgeerscheinungen hat Dr. B. nur die Klagen des S. über Schwindel festgestellt.

Als sehr wesentlich für die Aussage des S. kommt der Umstand in Betracht, daß S.s Angaben bei den polizeilichen Vernehmungen durch den Fußgendarm P. und den Stationskommandanten J. genau gleichlautend sind mit seinen Aussagen in dem Termin, daß also von einer Verwirrung durch den Rechtsanwalt B. (selbst wenn sie vor der Aussage des S. stattgefunden hätte) keine Rede sein kann. Er hat zweifellos so ausgesagt, wie er vorher sich vorgenommen hatte. Dem Einwirken des Rechtsanwalts B. wäre es offenbar noch im letzten Augenblicke beinahe gelungen, den S. zu veranlassen, seine Aussage zu widerrufen. Daß er dies nicht tat, ist unseres Erachtens zurückzuführen lediglich auf die Vorstellung von der Strafe des Meineides und insbesondere auf die Äußerung des ältesten Sohnes, erst müßte ihm durch drei Zeugen der Meineid nachgewiesen werden. Wie wenig einerseits den Angaben des S. Wert beizumessen ist, wie wohlüberlegt er andererseits seine Sache zu führen gewußt hat, geht daraus hervor, daß er während der Untersuchungshaft zuerst bei seiner Vernehmung durch den Untersuchungsrichter angab: er habe seine Aussage der Wahrheit gemäß gemacht und bestreite bestimmt, sich eines Meineides schuldig gemacht zu haben, dagegen wisse er nichts mehr davon, daß er seine Aussage hinterher widerrufen habe, er sei durch den Rechtsanwalt B. ganz verwirrt gemacht worden und wisse deshalb nicht, was er hinterher gesagt habe. (Diese Angabe stimmt übrigens auffallend mit den Bekundungen des Rechtsanwalts B. überein, daß er erst nach der Aussage mit S. sich unterhalten habe.) Nachher ist nun S. zweifellos klar geworden, daß er sich immer besser stände, wenn er gar nichts wisse, und so schickte er am folgenden Tag einen Brief an das Landgericht,

er müsse seine gestrige Aussage zurücknehmen, er wisse überhaupt nichts mehr von der Verhandlung. Auch bei der darauffolgenden mündlichen Vernehmung behauptete er nunmehr und von da ab konsequent, nicht nur von Widerrufen, sondern überhaupt von der ganzen Gerichtsverhandlung und seiner Aussage nichts mehr zu wissen, Rechtsanwalt B. habe ihn vor seiner Aussage verwirrt gemacht.

Nach unseren Beobachtungen halten wir es nicht für angängig, auf die Angaben des so stark simulierenden Untersuchten bezüglich der Sensibilität, Lagebewußtsein, Lokalisation etwas zu geben. Noch viel weniger halten wir die Resultate der Untersuchungen mittels der Wortpaarmethode und der Wiedergabe von Bildern — so wertvoll sie sonst sind — in einem Falle wie dem vorliegenden für geeignet, daß man darauf eine Geistesstörung im Sinne des § 51 vor Gericht stützen kann.

Daß bei S. „Fehlerinnerungen, die das wirkliche Nichtwissen verdecken und die Lücke der Erinnerungslosigkeit ausfüllen“, wirklich vorhanden gewesen sind, glauben wir nicht. Der von Dr. Hampe in dieser Richtung als Beweis angeführte Stein existierte, wie Dr. Hampe anzunehmen scheint, nicht nur in der Phantasie des Angeklagten, sondern spielte als Asservat in den ersten Gerichtsterminen eine Rolle. Der „mehr als faustdicke Stein“ war in der Verhandlung vorgelegt und P. (der Gegner des S. jun.) behauptete, der S. jun. habe ihn mit diesem Stein gegen die Hüfte geworfen und darauf habe er den Stein ergriffen und, als S. ihm beim Ringen in den Mund gefaßt, habe er ihn gebissen und sich mit dem Stein nach Möglichkeit gewehrt. Von den Wunden des S. jun. war es auch weniger die unbedeutende Kopfwunde, als der zerbissene Finger, den S. sen. erwähnte, der also auf ihn den Hauptеindruck gemacht hatte.

Wir können uns ferner auch nicht mit Dr. Hampe einverstanden erklären, die bestimmten Angaben intelligenter Zeugen, wie z. B. des Assessor G., vollständig außer acht zu lassen. Wenn dieser Zeuge angibt, daß er (und zwar in der Zeit, als der Meineid stattfand) in S. einen äußerst gerissenen Menschen kennen gelernt hat, welcher namentlich die in Betracht kommende Sachlage durchweg klar durchschaute usw., ein Zeuge, der in wiederholten Prozessen sich sehr eingehend mit S. beschäftigt hat, so sind für uns gerade in einem Falle, wie dem vorliegenden, wo durch die Übertreibungen des Untersuchten ein genauer Anhalt über die Intelligenz nicht möglich ist, solche Angaben nicht belanglos. Dasselbe gilt von den Angaben des Rechtsanwaltes B.

Daß ein Simulant niemals seine Antworten verbessere und daß — wenn dies der Fall wäre — hierin der klarste Beweis gegen Simulation läge, müssen wir nach unseren Erfahrungen bestreiten. Wenn Dr. Hampe in dem Verhalten, wie es in unseren Gutachten geschildert ist, keine Simulation sieht, so können wir seine Ansicht keinesfalls teilen. Daß

wir dem Angeklagten nicht von vorherein gezeigt haben, daß wir ihn für den größten Gauner und Simulanten hielten, brauchen wir wohl nicht erst zu versichern. Für uns war gerade diese plumpe Simulation der Grund zu der Annahme, daß ein gewisser Grad von Beschränktheit vorliegen müsse. Von einer schwachsinnigen „Übertreibung“ kann man doch ganz gewiß nicht mehr sprechen, wenn ein Mensch, der bis dahin ein großes landwirtschaftliches Wesen geleitet hat, nicht wissen will, ob ein Ochse kalbt oder was Gerste und Hafer ist.

Eine psychologische Erklärung des Meineides erscheint uns sehr naheliegend: In dem Streite des Sohnes mit P. macht der Vater Angaben, welche seinen Sohn entlasten und den ihm verhaßten P. belasten sollen. Daß der ganze Streit zwischen Vater und Sohn besprochen wurde, ist doch wohl — wenngleich Dr. Hampe dies bezweifelt — anzunehmen. Es wäre ja ganz unnatürlich, wenn dies nicht geschehen sein sollte! Bei seinen Angaben läßt sich S. ganz von diesem Motiv leiten, er gibt etwas an, was zwar an sich möglich wäre, aber nicht den Tatsachen entspricht. Nachdem er aber die falsche Aussage gemacht, wird er schon schwankend, als der Staatsanwalt seine Aussage protokollieren läßt; er wird abermals schwankend, als die Verhaftung droht, kann sich aber schließlich nicht dazu entschließen, seine Aussage richtig zu stellen und dadurch zuzugestehen, daß er einen Meineid geleistet hat.

Wir stehen nach diesen Ausführungen nicht an, die Aussage des S. anzusehen als „die rein kriminelle Form der völlig bewußten falschen Aussage aus Motiven des Egoismus, des Hasses usw., die sich strafrechtlich im Begriff des Meineides verdichtet hat“ (Sommer, Die Forschungen zur Psychologie der Aussage, S. 44).

---

III.

# Ueber die Littlesche Form der cerebralen Kinderlähmung.

Von **Dr. A. Dannenberger,** Oberarzt an Dr. v. Ehrenwalls Anstalt in Ahrweiler.

---

Indem ich auf die Arbeit über die porenkephalische Form der cerebralen Kinderlähmung, welche in Band I, Nr. 2 dieser Zeitschrift erschienen ist, hinweise, bringe ich im Folgenden die Darstellung eines Falles von „Littlescher Krankheit". In dem erwähnten Aufsatz ist eine Diskussion über den allgemeinen Begriff der cerebralen Kinderlähmung in genügender Ausführlichkeit vorgenommen worden, so daß wir uns hier auf einige einleitende Sätze über die zum speziellen Gegenstand der Schilderung gemachte besondere Form der genannten infantilen Erkrankung beschränken können.

Das Wesen der Littleschen Krankheit besteht vorwiegend in einer angeborenen oder frühzeitig erworbenen Schädigung der Pyramidenbahnen.

Diese Störung, welche als typische Form der Krankheit zu gelten hätte und die, wenn sie isoliert vorkäme, ideal zu nennen wäre, konnte aber von den Autoren nicht allein unter dem Namen der Littleschen Krankheit festgehalten werden. Vielmehr müssen außer denjenigen Fällen, bei denen es sich um eine nur auf defekter Keimentwicklung beruhende mehr oder weniger isolierte Aplasie der Pyramidenbahnen handelt, auch jene andersartigen hinzugerechnet werden, bei denen die Aplasie die Folge einer deutlichen foetalen Erkrankung darstellt, welch letztere auch weitere Gebiete des Zentralnervensystems in Mitleidenschaft zieht. Durch diese Begriffsbildung wird eine förmliche Intensitätsklimax von Fällen gebildet, deren Extreme nach der pathologischen Seite so gestaltet sind, daß sie klinisch von einer doppelseitigen Porenkephalie kaum noch getrennt werden können (Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1905, S. 197). Diese extremen Fälle dürften denn auch diejenigen sein, bei denen oft recht erhebliche Intelligenzdefekte ein wichtiges Symptom bilden. Da aber die intellektuellen Fähigkeiten mit der Tätigkeit der Pyramidenbahnen nach dem heutigen Stande der Wissenschaft physiologisch nicht verbunden werden können, so

dürfte es zweckmäßig sein, alle Fälle aus dem klinischen Gebiet der Littleschen Krankheit auszuscheiden, bei denen überhaupt nicht-motorische Symptome einen wichtigen Bestandteil der klinischen Erscheinungen darstellen.

In ätiologischer Hinsicht kommen neben mangelhafter Keimentwicklung demnach Degenerationen in Betracht, die auf entzündlicher oder traumatischer Grundlage (Geburtsschädigung) beruhen. Wichtig ist, daß das schädigende Moment bereits vor, während oder kurz nach der Geburt gewirkt habe.

Die wesentlichen klinischen Symptome ergeben sich aus der anatomischen Grundlage und bestehen in Ausfallserscheinungen. Durch die doppelseitige Störung der Pyramidenleitung wird die Einwirkung des Großhirns auf die motorischen Zentralorgane in den Vorderhörnern des Rückenmarks mehr oder weniger behindert. Dadurch wird die willkürliche Muskeltätigkeit beeinträchtigt (Hetero-Parese), und es entwickeln sich durch Ausschaltung von Hemmungseinflüssen Reflexsteigerungen und spastische Kontrakturen. Wenn diese beiden Symptome frühzeitig beobachtet werden und das ganze Bild beherrschen, so hat man Littlesche Krankheit zu diagnostizieren.

Wie aber oben erwähnt, bilden die motorischen Ausfallserscheinungen keineswegs den einzigen Befund im Krankheitsbilde, vielmehr deuten wichtige Symptome darauf hin, daß nicht nur die Pyramidenbahnen, sondern auch andere Teile des Gehirns affiziert sein können. Epileptische Anfälle müssen ganz entschieden als Symptome der Rindenreizung angesehen werden und beweisen, daß man es mit einer Veränderung außerhalb der Pyramidenbahnen zu tun hat. Dasselbe gilt, wenn bei Littlescher Krankheit eine Störung der Intelligenz auftritt. Es kommen hier zwei Symptome herein, welche in das Gebiet der Porenkephalie gehören, die in ihrer Eigenschaft als einem lokalisierten Rindendefekt dementsprechende Reiz- und Ausfallserscheinungen macht.

Es geht aus dem Gesagten hervor, daß bis jetzt das klinische Bild der Littleschen Krankheit noch nicht genügend scharf umschrieben ist, als daß jeder einzelne Fall mit Sicherheit erkannt werden könnte. Gleichwohl ist das doch in den meisten Fällen möglich und es ist eine Aufgabe der klinischen Forschung, die Symptomatologie der Littleschen Krankheit von der der doppelseitigen Porenkephalie weiterhin zu differenzieren.

In folgendem bringen wir einen hierher gehörigen Fall:

S. H. V., geb. 15. XII. 01 in S., kam im Dezember 1905, also im fünften Lebensjahre, zur poliklinischen Untersuchung.

Der Vater suchte mit dem Kinde die Klinik auf, weil des letzteren geistige Leistungen und sein Bewegungsvermögen mit gleicher Deutlichkeit hinter denen normaler Kinder zurückblieben.

Die Ätiologie der Krankheit bleibt in diesem Falle durchaus dunkel. Die betreffende Schwangerschaft fiel nnr insofern anf, als sie, wegen von jeher bestehender Unregelmäßigkeit in der Periode der Mntter, erst spät erkannt wnrde. Kein Schwangerschaftstrauma, keine während der Schwangerschaft bemerkbaren Ernährungsanomalien des Fötus können im Sinne der Ursache des späteren Leidens verdächtig gemacht werden. Anch die Geburt selbst bedeutete keine das Kind abnorm alterierende Episode, sie verlief bei normaler Kindslage innerhalb acht Stnnden spontan.

Dagegen berechtigt der schwächliche Znstand des Kindes selbst bei der Geburt zu der Vermntung, daß die Ernährnng im fötalen Leben eine schlechte und die Entwicklnngsenergie vielleicht eine zn wenig intensive gewesen sei. Schon zn dieser Zeit wurden Abnormitäten auf dem Gebiet des Motorischen beobachtet, aus denen auf eine Störung im Verlauf der motorischen Bahnen zn schließen war. Znnächst fiel nur eine merkwürdige Haltnng im Kreuz anf, die aber von dem Vater bei der Exploration nicht mehr charakterisiert werden konnte. Im Laufe der Zeit mehrten sich die Anzeichen für eine organische Störnng im Zentralnervensystem. Nach einem Jahre konnte der Knabe noch nicht kriechen, geschweige denn stehen. Frühzeitig wnrde beobachtet, daß das Kind schiele. Der Mund stand, wenn der Junge nicht abgelenkt war, offen, die Zunge machte eigentümliche, athetotische Bewegungen. Das Kauen fiel schwer, die Kopfmnsknlatur war offenbar nicht stark genng, um den Kopf ganz zurück zn halten und es kam jenes Hängenlassen des Kopfes znstande, das nach Oppenheim (Lehrbuch der Nervenkrankheiten, S. 852) für die an L. K. leidenden Kinder charakteristisch ist. Diese Schwäche hat sich übrigens im letzten Jahre gebessert. Die Intelligenz erwies sich dabei als relativ wenig gestört. Das Kind zeigte sich ziemlich erziehbar nnd hielt sich rein. Die Sprachentwicklnng aber blieb stark zurück, erst mit $2^1/_2$ Jahren konnte das Kind Mama und Papa sagen.

Bereits frühzeitig wurde mit Rücksicht auf den spastischen Typns der Paraplegie die Diagnose Littlesche Krankheit gestellt. Es kommt in differentialdiagnostischer Hinsicht nnr noch eine doppelseitige Porenkephalie in Betracht, gegen welche Annahme indessen das Fehlen der bei letzterer Form gewöhnlich vorhandenen sehr starken Intelligenzstörungen und der Epilepsie sprechen.

Das Fehlen des ersteren Symptoms müßte den Ausschlag geben bei der Frage, ob nicht vielleicht eine diffnse Hirnsklerose vorliege, wobei man aber wie gesagt einen viel stärkeren Grad von Schwachsinn zu erwarten hätte.

Um so interessanter sind die Begleiterscheinnngen einer im Juli 1905 einsetzenden fieberhaften Erkranknng. Die letztere

setzte plötzlich mit 38,9 ° ein und verlief unter Darmsymptomen: stark riechender Durchfall. Diese Erkrankung alterierte das psychische Verhalten wesentlich. Das Kind war schläfrig und benommen, weinerlich, phantasierte und verfiel kurz nach Eintritt des Fiebers in Krämpfe, die ganz offenbar den Typus epileptischer hatten. Sie sollen auf der rechten Seite intensivere Zuckungen erzeugt haben als auf der linken. Bei diesem einzigen Anfall blieb es bemerkenswerterweise, wie denn auch mit dem Verschwinden der fieberhaften Erkrankung alle andern, deshalb nur als akute Reizerscheinungen aufzufassenden psychischen Symptome wegblieben.

Da die Sprache in der nächsten Zeit nach der Krankheit Fortschritte machte, so ist es ganz unwahrscheinlich, daß die epileptischen Krämpfe als Symptom einer direkten durch Entzündungsvorgänge an der Rinde bedingten Reizung aufzufassen seien und es gewinnt die Annahme an Wahrscheinlichkeit, daß es sich um vom Darm her ausgelöste Krämpfe handle, wie sie bei Kindern beobachtet werden. Einen wesentlichen Fortschritt im Sinne einer Verschlimmerung machte jedenfalls der Symptomenkomplex im Anschluß an diese Krankheit nicht. Die Therapie, welche in Bädern und Umschlägen bestand, hatte allerdings auch keinen Erfolg aufzuweisen.

Als der Knabe dann in der Poliklinik vorgestellt und hier von Professor Sommer untersucht wurde, war es schon sehr bald ganz klar, daß ein reiner Fall von L. K. vorliege, wie sie Freud bei der ersten Gruppe seiner Einteilung der cerebralen Kinderlähmung im Auge gehabt zu haben scheint, nämlich eine Aplasie der Pyramidenbahnen ohne wesentliche Beteiligung anderer Systemelemente. Die krankhaften Befunde erstreckten sich im wesentlichen nur auf das Gebiet der motorischen Tätigkeit und waren vom Typus der doppelseitigen spastischen Parese, wobei die spastischen Erscheinungen die paretischen ganz deutlich überwogen. Es wurden außer einer beiderseitigen Spitzfußstellung Spasmen in den sämtlichen Extremitäten und in verschiedenen Gegenden der Kopfmuskulatur gefunden, bei gleichzeitig normaler Länge der Extremitäten.

Die Sprache war erschwert, nicht sowohl wegen der Lähmungen im Hypoglossus und Glossopharyngeus als wegen der Spasmen in der den Unterkiefer nach unten ziehenden Muskulatur, weshalb alle Laute, die eine Tätigkeit der letzteren nicht beanspruchen, gut gesprochen wurden, wie sich aus der nachfolgenden Darstellung der Sprachprüfung ergibt.

a = richtig
b = richtig, normale Lippeninnervation
c = ungefähr dsc, stoßend
d = dĕ
e = ĕ, sehr kurz stoßend
f = ĕ, mit Neigung den Mund weit offen zu halten

pf = wird ziemlich richtig gesprochen, sobald der Unterkiefer passiv etwas gehoben wird und die Lippen dadurch einander etwas näher gebracht werden
g = dĕ, einigemale gă
gä = gä
ge = dĕ
gă = gă
h = andeutungsweise richtig
i = fehlt, durch ĕ oder ä ersetzt
u = ŏ
k = Mittellaut zwischen ka und ga
kopf = richtig
l = ĕ
lă—lă = keine Reaktion
m = richtig
n = ä, bei Unterstützung des Unterkiefers deutlich en
o, p = richtig
q = kŏ
r = ĕ
s = mißlingt, die Untersuchung wird abgebrochen.

Die Kniephänomenen waren beiderseits lebhaft, bemerkenswerterweise aber auf der Höhe des Ausschlags gehemmt (Spasmus!)

Sehr zu betonen ist die Differenz zwischen scheinbarer und wirklicher Schädigung der Intelligenz. Dem oberflächlichen Beschauer mußte das mit ausdruckslosem, starrem Gesichte und mit halboffenen Munde dasitzende Kind einen stark idiotischen Eindruck erwecken. Bei genauerer Untersuchung aber erwies es sich als wesentlich höher stehend. Zunächst wurde nachgewiesen, daß der sprachliche Defekt nicht etwa auf einem intellektuellen Minus beruhe, sondern daß die Innervationsstörung der Sprachmuskulatur den erheblichen Defekt vortäusche. Daß die Perzeption, Apperzeption, Aufmerksamkeit relativ gut waren, geht daraus hervor, daß das Kind imstande war, die isoliert ausgesprochenen Buchstaben mit deutlicher Aufmerksamkeit und lebhafter Bemühung nachzusprechen, wie auch anderen Aufforderungen nachzukommen.

Hiermit ist zugleich die Frage der Therapie berührt. Es hat die Untersuchung den Nachweis geliefert, daß das Kind überhaupt bildungsfähiger sei, als man zunächst vermuten konnte, und daß der Grad der Bildungsfähigkeit durch Unterricht und Erziehung mindestens erst festgestellt werden müsse. Außerdem ist angesichts der Tatsache, daß das Kind Bewegungsversuche, die ihm beim ersten Versuch mißlangen, bei wiederholten und intensiveren Willensanstrengungen doch noch glücklich zu Ende führte, anzunehmen, daß eine planmäßige Übungstherapie, event. verbunden mit Massage und passiver Dehnung, die Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit wenigstens auf ein etwas geringeres Maß zurückzuführen imstande sein werde.

---

IV.

# Beitrag zur praktischen Verwendung des Sommerschen Reflexmultiplikators.

Von **Dr. Th. Becker,**
Stabsarzt, kommandiert zur Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, Gießen.

---

Die Untersuchung mit graphischen Methoden ist ein unbestreitbarer Fortschritt der Diagnostik zur Feststellung physiologischer und pathologischer Lebenserscheinungen. Sie gestattet, schnell verlaufende und komplizierte Funktionen aufzulösen, sie zu fixieren und hierdurch feine Bewegungen durch Zerlegung in ihre Komponenten in ihren Einzelheiten zu studieren. Sie gestattet die Vergleichung der Lebenserscheinungen bei demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten und unter verschiedenen experimentellen Bedingungen. Sie ermöglicht die einwandfreie Vergleichung derselben Funktion bei verschiedenen Individuen, mit der Möglichkeit beliebiger Nachprüfung und Vergleichung. Hierbei ergibt sich ungezwungen eine Grundlage zur Beurteilung, zur Einteilung in verschiedene Typen.

Die Anwendung graphischer Untersuchungsmethoden ergibt durch die Sinnfälligkeit und Vergleichbarkeit ihrer Ergebnisse eine bedeutende Beweiskraft für die aus ihnen gezogenen Schlüsse. Diese Vergleichbarkeit ist ein besonderer Vorzug bei Begutachtungsfällen aller Art, die der klinischen Beobachtung, oft wiederholt und in langen Zwischenräumen, zugehen. Die Vergleichung der Kurven gibt hierbei ohne weiteres einen eventuellen Fortschritt z. B. tabischer oder ataktischer Erscheinungen, einen Rückgang allgemein nervöser Reizsymptome und dementsprechend Besserung der Erwerbsfähigkeit.

Die Analyse von Kurven und deren Vergleichung mit der großen Zahl von entsprechenden Aufnahmen aus dem seit elf Jahren gesammelten Beobachtungsmaterial der Klinik ergibt nicht nur einen d i a g n o s t i s c h e n, sondern auch oft genug einen p r o g n o s t i s c h e n Aufschluß über den einzelnen Fall. Öfters auch deckt die Untersuchung mit den graphischen psychophysischen Methoden verborgene, im angeborenen Wesen des Beobachteten begründete Abnormitäten auf, die einen überraschenden

Einblick in seine Eigenart, sowie die Begründnng für manche, sonst fast unerklärliche Vorkommnisse in dessen Vergangenheit ermöglichen.

Derartige Gedankengänge erweckte u. a. die Betrachtung des folgenden Begutachtungsfalles.

Es handelt sich nm einen dreißigjährigen Hilfsheizer F. T., der nach mancherlei Fährlichkeiten, die später noch knrz zu erwähnen sind, endlich definitiv angestellt werden sollte; bei der hierzu erforderlichen bahnärztlichen Untersnchnng wurde außer geringfügigen sonstigen Abnormitäten (Krampfaderbildung usw.) eine deutliche Ungleichheit der Pupillen und Fehlen der Kniephänomene gefunden und im Hinblick anf die Frage einer beginnenden tabischen Paralyse Oberbegutachtung in der Klinik beantragt.

Der Untersnchte gab, übereinstimmend mit seinen Personalakten, an, daß sein Vater noch vor seiner eigenen Geburt durch einen Unglücksfall im Bahndienst umgekommen ist. In der nähern und weiteren Verwandtschaft seien Geistes- und Nervenkrankheiten, Krämpfe usw. nicht vorgekommen. In der Schule habe er gut gelernt, immer die besten Zeugnisse gehabt. — Er sei nie wesentlich krank gewesen; insbesondere habe er sich keine Geschlechtskrankheit, keinen Schanker zugezogen. Vier Jahre sei er verheiratet, habe einen gesunden Sohn; ein Abort sei nicht vorgekommen. — Er habe nie an Krämpfen oder Schwindelanfällen gelitten; früher habe er zeitweise Kopfschmerzen gehabt, in den letzten Jahren nicht mehr. Seit vier Jahren lebe er völlig alkoholabstinent. Er schlafe sehr gut, habe keinerlei Beschwerden, halte sich für völlig gesund. — Die Fragen nach etwaiger Unsicherheit beim Gehen im Dunkeln nnd über etwaige Abnahme seines Gedächtnisses verneinte er bestimmt.

Die Untersnchung des gesnnd aussehenden und kräftigen Mannes ergab keine Veränderung an den lebenswichtigen Eingeweiden der Brust- und Bauchhöhle. — Psychisch bot er keine Störung. Er war durchaus orientiert, machte präzise und klare Angaben über seine Vorgeschichte und persönlichen Verhältnisse. Seine Schulkenntnisse sind recht gut: er rechnete richtig und schnell, anch schwierigere Aufgaben. Er faßte schnell nnd richtig auf, seine Gedankenverbindungen waren logisch; eine Störung der Merkfähigkeit nnd des Gedächtnisses war nicht nachzuweisen. Seine Stimmung war leicht gedrückt und etwas ängstlich; — physiologisch durch die Unruhe über den Ausgang der Untersuchnng, die ja von einschneidendster Bedentung für die fernere Lage seiner Familie sein mußte, genügend begründet.

Somit hatte die Untersnchung seines Seelenzustandes keine krankhaften Erscheinungen geoffenbart, vor allem keine anf schwere organische Veränderung des Zentralnervensystems hinweisenden Zeichen, wie Abnahme der Intelligenz, wahnhafte Vorstellungen.

Anch die Untersnchnng des Nervensystems ergab im allgemeinen regelrechte Verhältnisse.

Das Gesicht ist gleichmäßig und gut innerviert, die Gesichtsbewegungen normal ausführbar. Die Zunge kann gut und frei bewegt werden, ebenso hebt sich das Gaumensegel gleichmäßig. Die Augen können nach jeder Richtung hin beliebig bewegt und in jeder Stellung festgehalten werden, zeigen keinen Nystagmus.

Die Sprache ist ohne charakteristische Fehler, auch beim Nachsprechen von Prüfungsworten. Ebenso zeigt die Schrift keine Abweichungen.

Die Prüfung des Gefühlssinnes ergibt keinerlei Abweichungen in den verschiedenen Qualitäten und an irgendeinem Körpergebiet. Ebenso zeigt die Untersuchung der Bewegungsfähigkeit nichts Abweichendes; es sind keinerlei Lähmungs-, Ausfalls- oder Reizerscheinungen nachzuweisen. Die Prüfung der feineren zusammengesetzten Bewegungen an Armen und Beinen ergibt ebenfalls normale Verhältnisse. Er kann bei geschlossenen Augen richtig und prompt Bewegungen, wie Zeigefinger an ein Ohr oder zur gegenseitigen Berührung bringen, Ferse auf Knie legen usw., ausführen. Auch der Gang zeigt nichts Abweichendes.

Die Untersuchung der Knochenhaut- und Sehnenreflexe an den obern Gliedmaßen ergibt deren gleichmäßiges, lebhaftes Vorhandensein auf beiden Seiten. — Ebenso sind die Bauchdecken-, Hodenheber-, Achillessehnenreflexe beiderseits gleich gut, normal auslösbar. — Die ausgestreckten Finger zeigen kein sichtbares Zittern.

Insofern hat also die Untersuchung bisher durchaus normale Verhältnisse ergeben.

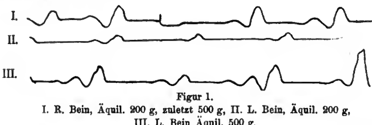
Wir kommen nun zu den abweichenden Erscheinungen an den Augen und den Kniesehnenreflexen, die zusammengenommen den Verdacht auf eine sich entwickelnde, fortschreitende, schwere Erkrankung des Zentralnervensystems erweckt haben.

Auch wir haben gefunden, daß die rechte Pupille bei mittlerer Tagesbeleuchtung in geringem Grade, aber deutlich weiter ist als die linke, wobei beide eine mittlere Weite haben. Bei hellerer Belichtung ist kein Unterschied in der Pupillenweite mehr erkennbar. — Beide Pupillen ziehen sich bei Lichteinfall schnell, gleichmäßig und ausgiebig zusammen, ohne daß dabei zwischen rechts und links ein Unterschied in der Bewegungsgeschwindigkeit wahrzunehmen wäre. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergibt durchaus normale Verhältnisse. Untersucht man die Kniereflexe im Sitzen, so erzeugt rechts wie links das Beklopfen der Kniesehnen keine wahrnehmbare Zuckung und Vorwärtsbewegung des Unterschenkels. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit fühlt die auf die Oberschenkel aufgelegte Hand jedoch fast regelmäßig eine Zusammenziehung der Oberschenkelmuskeln. Bei Untersuchung im Liegen und Entspannung der Muskeln tritt bei Beklopfung der Kniesehnen fast regelmäßig eine geringe, mit dem Auge wahrnehmbare Unterschenkelbewegung auf.

Es wurde danach mit dem Sommerschen Reflexmultiplikator untersucht (vgl. Diagnostik etc. S. 48—49 und Methodenlehre usw. S. 24—82) und die hier verkleinert wiedergegebene Kurve (Figur 1) gewonnen.

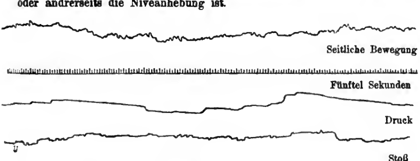
Hierin zeigt sich bei jedem Reiz und auf beiden Seiten ein in der Höhe stark wechselnder Ausschlag mit einmaliger Nachschwingung und Rückkehr auf das frühere Niveau, also eine in keiner Weise vom Typus der normalen Kniezuckung abweichende Form. Es hat also die Äquilibrierung des Unterschenkels durch die Gewichtspfanne des Apparates nebst dem langen Hebel des Schreibapparates (im Gesamtgewicht von 650 g) ausgereicht, um den Unterschenkel durch die Zusammenziehung der Oberschenkelstrecker infolge des Beklopfens der Kniesehnen

zu heben, während ohne Äquilibrierung eine Bewegung des Unterschenkels fast nie, eine isometrische Zuckung des Muskels nur vereinzelt und in geringem Grade wahrnehmbar war. — Auch durch die Belastung der Pfanne mit Gewichten ist, wie aus der (von rechts nach links zu lesenden) Kurve ersichtlich, in der Art der einzelnen Zuckung keine neue Erscheinung zutage getreten. — Wiederholt sind auf der Kurve gewisse charakteristische Eigenheiten zu beobachten; vor allem die Verkleinerung des Ausschlages bei Wiederholung des Reizes bei gleicher Belastung. Besonders am linken Bein zeigt sich ein Sinken der Ausschläge, nachdem bei jedesmaliger Mehrbelastung eine erhebliche Vergrößerung des Ausschlages eingetreten war, ferner war auf der Kurve (hier nicht wiedergegeben) eine eigenartige Niveausteigerung bei Mehrbelastung zu sehen.




Figur 1.
I. R. Bein, Äquil. 200 g, zuletzt 500 g, II. L. Bein, Äquil. 200 g, III. L. Bein Äquil. 500 g.

Beides sind Erscheinungen, wie sie verhältnismäßig oft beobachtet werden, Zeichen psychomotorischer Hemmung beim Ablauf der Reflexe. Dem Untersuchten unbewußt wird durch aktive Innervation der Muskulatur vom Großhirn aus eine stärkere Innervation der Antagonisten oder auch der Strecker ausgeführt, deren Ausdruck die Verringerung des Ausschlagshöhe beim Versuch unter den gleichen Versuchsbedingungen oder andrerseits die Niveauhebung ist.




Figur 2.

Nachdem so ein Symptom gefunden war, wie wir es öfters bei Psychisch-Nervösen beobachten, lag es nahe, auch eine Untersuchung am Apparat zur dreidimensionalen Feststellung von Ausdrucksbewegungen

vorzunehmen (vgl. Kurve, Figur 2). Zur Vergleichung der Zeitlängen sind gleichzeitig die Signale für Fünftelsekunden mittels des Jaquetschen Chronographen verzeichnet.

Es fanden sich nun auf beiden Seiten etwa gleichgeartete, sehr feine, sehr rasche (nach einer Reihe Stichproben bei den seitlichen Bewegungen im Mittel ca. 13 in der Sekunde) Zitterbewegungen von teils nur mit der Lupe deutlich wahrnehmbarem Ausschlag in allen drei Dimensionen, am deutlichsten in der seitlichen Richtung (in der Kurve obere Linie) bei ziemlich unruhiger Haltung; auf akustische Reize trat keine wesentliche Schreckreaktion auf. Die feineren und feinsten Zitterbewegungen kommen auf der hier abgedruckten Kurve nur mangelhaft zum Augenschein.

Es war erwähnt, daß keine Zitterbewegungen an den ausgestreckten und gespreizten Fingern sichtbar waren; die auf der Kurve erkennbaren feinen Ausschläge sind so gering, daß sie dem Auge bei der Betrachtung der Finger entgehen.

Der Sommersche Apparat ließ also derartige feine und rasche Zitterbewegungen erkennen und festhalten, die anderer Untersuchung entgangen waren.

Das Vorhandensein dieser Zitterbewegungen ließ einen tiefen Einblick in die psychophysische Konstitution des Untersuchten zu. Er hatte erwähnt, daß er seit vier Jahren völlig alkoholabstinent lebe. Nun ergab seine Erzählung, vor allem aber die Einsicht seiner Personalakten, daß er früher dem Alkoholgenuß ergeben war, aber nichts vertragen konnte. Es ist mehrfach erwähnt, daß er von kleinen Mengen geistiger Getränke berauscht wurde; aber auch, daß er, äußerlich anscheinend geordnet, dann eigenartige Handlungen beging, Selbstmordabsichten äußerte, schwere Disziplinwidrigkeiten beging, Befehle nicht befolgte, ohne nachher das geringste hierüber zu wissen. So kamen in derartigem Zustand, nach dem Genuß von zwei bis drei Glas Bier, ausdrückliche Gehorsamsverweigerungen auf der fahrenden Lokomotive vor. Fernbleiben vom Dienst, Beschimpfung Vorgesetzter usw., weshalb er aus dem Bahndienst entlassen werden mußte und nur auf vielfache Eingaben, hauptsächlich unter Berücksichtigung des tragischen Ablebens seines Vaters im Bahndienst, anfangs als Schlosser, dann als Hilfsheizer im Fahrdienst versuchsweise wieder eingestellt wurde. Kurz, es bestand damals ausgesprochene Alkoholintoleranz in quantitativer und qualitativer Beziehung mit dem Verdacht eines epileptischen Grundleidens mit wesentlich psychischen Symptomen: Bewußtseinstrübungen durch verhältnismäßig geringe Mengen geistiger Getränke mit motorischen Impulsivhandlungen und nachfolgender Erinnerungslosigkeit.

Und diese psychisch-nervöse Konstitution drückt sich nach vieljähriger Abstinenz noch deutlich in seiner Kurve aus; und Psychisch-

Nervöse sind es auch, bei denen dieselben Eigenschaften der Patellarkurven wie in diesem Falle beobachtet werden. —

Auf Grund unserer Untersuchung, insbesondere der Aufnahme der Kniereflexkurve, konnte somit mit völliger Sicherheit das Gutachten abgegeben werden, daß es sich nicht um eine schwere organische und fortschreitende Erkrankung des Zentralnervensystems, wie Tabes oder Paralyse, an die ja von vornherein sehr zu denken war, handeln könne.

Leichte Differenz der Pupillen bei mittlerer Tagesbeleuchtung kommt nicht zu selten vor, namentlich bei leicht nervösen, erreglichen Menschen — und hier insbesondere in der Erregung. Nur die mangelnde oder mangelhafte Lichtreaktion gibt einen Hinweis auf die Entwicklung einer ernsten Hirnerkrankung. Wie erwähnt, war jedoch hier die Verengerung beider Pupillen auf Lichteinfall einwandfrei.

Und auch das zweite anscheinend bedenkliche Zeichen, das anscheinende Fehlen der Kniereflexe, erwies sich als hinfällig, nachdem durch geeignete Methoden, Entspannung der Muskulatur und vor allem durch den Reflexmultiplikator, ihr der Norm entsprechendes Verhalten in einwandfreier Weise festgestellt war. Das Fehlen der Kniereflexe war eben nur ein scheinbares, bedingt durch die unwillkürliche Anspannung der Oberschenkelmuskeln; eine Unterbrechung des Reflexbogens selbst liegt nicht vor. Auch sonst ließen sich Stützpunkte für die Annahme einer Hinterstrangdegeneration oder sonstigen organischen Erkrankung des Zentralnervensystems nicht finden.

---

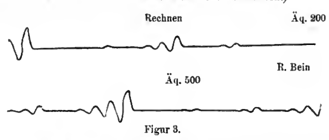
Die Untersuchung der Kniereflexe mit dem Sommerschen Reflexmultiplikator ist wegen ihrer Sicherheit und der Gleichmäßigkeit der Versuchsbedingungen sowie der Vergleichbarkeit der Resultate auch sonst bei anscheinendem Fehlen der Kniephänomene sehr zweckmäßig.

Eine interessante Bestätigung hierfür beobachteten wir dieser Tage bei einem in mittlerem Alter stehenden Nervenarzt. Gelegentlich eines Besuchs der Klinik äußerte er bei der Demonstration des Reflexmultiplikators, er selber habe keine Patellarreflexe, wisse dies seit etwa seinem 23. oder 24. Lebensjahr. Unserer Einladung zur Prüfung mit dem Apparate folgte er gern. Er ist ein Mann von sehr kräftiger Konstitution, hat sehr starke Beinmuskulatur, ist geübter und eifriger Tourist und Schneeschuhläufer.

Bei der Untersuchung des rechten Beines ohne Belastung der Gewichtspfanne war bei wiederholter Beklopfung kein Ausschlag sichtbar; nur bei dem letzten Reiz eine geringe Andeutung hiervon.

Allerdings ist schon vorher eine ganz minimale Erhebung nach einem Reiz eingetreten, die dem bloßen Auge sicher entgangen wäre

und auch auf der Kurve noch zweifelhaft erscheinen kann. (Beide Reaktionen sind auf dem Kurvenausschnitt nicht vorhanden.)




Figur 3.

Dagegen war schon bei Belastung mit 200 g ein deutlicher Reflex zu verzeichnen (vgl. Kurve Figur 3).[1]) Als ihm nun zur völligen Ablenkung (selbstverständlich werden alle Versuche mit stets wiederholter Aufforderung zur Entspannung ausgeführt) eine schwierigere Rechenaufgabe vorgelegt wurde, zeigte sich beim Fallenlassen des Hammers ein wohlcharakterisierter Reflexausschlag von ungefähr normaler Höhe mit zwei Nachschwingungen. Mehrfach traten bei weiterem Versuche auch drei Nachschwingungen auf, also schon das Symptom der Pendelung. — Links zeigten sich ähnliche Verhältnisse; Ausschlag erst bei Belastung und Ablenkung. Auch in diesem Falle prägt sich auf der Kurve unverkennbar aus das Symptom der Verminderung der Höhe des Ausschlages, die Verkleinerung des Reflexvorganges im ganzen bei Wiederholung des Versuches unter gleichen Bedingungen mit dem gleichen Reize; ebenso wie im vorhergehenden Falle. Der untersuchte Kollege ist seit Jahren alkoholabstinent, weil er nach seiner Angabe geistige Getränke nicht verträgt.

In diesem Falle ist also durch die Kombination der Untersuchung mit dem Reflexmultiplikator und psychischer Ablenkung der Nachweis des Bestehens von Kniereflexen geführt worden, von deren Vorhandensein der Untersuchte, selbst Nervenarzt, nichts wußte und die, wie noch erwähnt sei, durch psychische Ablenkung und Anwendung des Jendrassikschen Handgriffs oder durch Bahnung mittels Summation durch wiederholtes Beklopfen weder sichtbar, noch auch durch Auflegen der Hand auf den Oberschenkel fühlbar waren.

Eine eventuelle Ätiologie für das von ihm angenommene Fehlen der Kniereflexe konnte der Kollege nicht angeben.

---

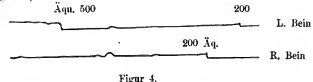
Logischerweise muß auch das Fehlen der Kniereflexe objektiv durch den negativen Ausfall der Untersuchung mit dem Reflexmultiplikator festgestellt werden, und zwar durch wiederholte Prüfung unter

[1]) Untere Kurve Figur 3 schließt sich unmittelbar an das l. Ende der oberen an.

Anwendung aller Vorsichts- und Bahnungsmaßregeln, wie man ja auch das Fehlen der Lichtreaktion der Pupillen nur nach eingehender methodischer Prüfung einwandfrei behaupten kann. Ein instruktives Beispiel hierfür steht mir in jahrelanger Beobachtung an mir selbst zur Verfügung.

Seitdem ich Student wurde im Jahre 1890, ist bisher niemals bei unzählig viel Versuchen ein Kniereflex bei mir rechts oder links ausgelöst worden trotz aller bekannter Ablenkungs- und Bahnungsverversuche. Jendrassik, Lesen, Rechnenlassen, kaltes Baden, vielfaches schnell wiederholtes Beklopfen etc. ließ keine sicht- oder fühlbare Kniezuckung auslösen. Auch bei meinem Kommando zur psychiatrischen Klinik der Charité hat mich Herr Geheimrat Professor Jolly wiederholt deshalb untersucht, ohne den Reflex konstatieren zu können. Gelegentlich einer Untersuchung zur Aufnahme in eine Lebensversicherung kam die Angelegenheit zur praktischen Erwägung; nach einer Anfrage bei Geheimrat Jolly wurde meinem Versicherungsantrag stattgegeben. — Bei meiner späteren neurologisch-psychiatrischen Tätigkeit — als ordinierender Sanitätsoffizier leitete ich fünf Jahre lang die Station für Nervenkranke des Garnisonlazaretts I Straßburg — war es natürlich, daß ich immer wieder den Versuch zur Auslösung des Reflexes unter allen möglichen Versuchsbedingungen machte, ohne jemals dabei eine auch noch so geringe Zuckung der Oberschenkelstrecker, selbst bei völliger Entspannung, fühlen zu können, geschweige eine Zuckung zu sehen, während z. B. die Achillesreflexe beiderseits stets und leicht nachweisbar sind.

Die Prüfung mit dem Reflexmultiplikator ergab nun beifolgende Kurve (Figur 4).




Figur 4.

Im allgemeinen war der Reiz ohne Erfolg; die leichten Wellenbewegungen am rechten Bein bei Aeq. 0 können nicht sicher als Reflexe gedeutet werden und konnten als fortgeleitete Erschütterungen des Apparates gelten. Dagegen gleicht am gleichen Beine bei Aeq. 200 die zweite Wellenbewegung dem Ausschlag bei einem schwachen Reflexe. Auch andre Unterbrechungen der Geraden bei Auslösung des Reizes — bei jeder einzelnen Belastung wurden vier bis acht Reize ausgeübt — ließen an das Vorhandensein überdeckter Reflexe denken (auf diesem Kurvenausschnitt nicht zu erkennen, ebenso wie die ersterwähnten).

Deshalb wurde von neuem der Versuch angestellt; während der ganzen Dauer las ich laut aus einer großen Zeitung vor, die mir die untersuchenden Ärzte verdeckte.

Bei Prüfung des rechten Beines mit Belastung der Gewichtspfanne mit 0, 200, 500, 700 g wurde kein als Reflex deutbarer Ausschlag sichtbar, es war auch keine Oberschenkelzuckung zu fühlen. Dagegen bei *noch steigender Belastung* mit 1000, 1500 und 1700 g (letzteres vgl. Kurve 5) zeigte sich auf *fast jeden Reiz ein deutlicher Ausschlag mit sekundärem Sinken unter das anfängliche Niveau* und folgendem Zurückkehren auf dieses: also ein *deutlicher*, zwar *schwacher, aber in seiner Form der Regel entsprechender*

Figur 5.
R. Bein, Äquil. 1700.

*Reflexausschlag.* Bei noch weiter steigender Belastung auf 2000 g ist kein Ausschlag mehr sichtbar, ein deutlicher Ausdruck der Hemmung des Reflexvorganges; denn die 2 kg nebst den oben erwähnten 650 g des Gewichts des Äquilibrierungs- und Registrierungsapparates ziehen derartig stark an dem unteren Ende des Unterschenkels, daß eine schon bewußt werdende aktive Innervation zur Festhaltung des Beines nötig ist. Und diese verhindert die hier schwache Kraft der Reflexauslösung; in dem Widerstreit der Kräfte der aktiven Innervation zur Festhaltung des Beines durch die Beugemuskeln des Oberschenkels und der Reflexinnervation der Streckmuskeln verschwindet die letztere durchaus.

Es ist hierbei der Gedanke der Theorie des Apparats gestreift. Durch die Äquilibrierung des Beines werden die sonst unbewußt einwirkenden antagonistischen Muskelinnervationen ausschaltbar, so daß die durch den Reflex ausgelösten motorischen Impulse hemmungslos ihre Einwirkung entfalten können, die dann durch den kombinierten Apparat zur Aufzeichnung gelangt. Aber durch zu starke Belastung werden wieder andere motorische Impulse wachgerufen, die wieder den Reflex überdecken können, bis zu seinem Unerkennbarwerden.

Auch am linken Bein zeigten sich bei der Belastung mit 1000 g mehrere Ausschläge, die denen am rechten Bein gleichen. — Es ist somit durch die Kombination von Äquilibrierung bei stärkerer Belastung mit völliger psychischer Ablenkung durch den Reflexmultiplikator bewiesen, daß *beiderseits der Reflex vorhanden ist*, wenn auch in *außerordentlich schwacher Weise*, so daß er in all den erwähnten Jahren von verschiedenen Untersuchern auf keine Weise gefunden werden konnte.

Ich möchte nun die bisherigen Gedankengänge wiedergeben, die ich zur Erklärung des angenommenen Fehlens der Kniereflexe gemacht

hatte. Ich stamme aus durchaus gesunder Familie, habe zwei gesunde, kräftige Kinder, erlitt nie eine sexuelle Infektion. Irgendwelche Sensibilitäts- oder Motilitätsstörungen bestehen bei mir nicht — ich bin eifriger Tourist, Radfahrer und Reiter. — Bei Erwägung aller Ätiologiemöglichkeiten kam ich in Ermangelung andrer toxischer und infektiöser Einflüsse darauf zurück, daß dies isolierte nervöse Ausfallssymptom die Folge einer schweren Diphtherie sein müsse, die ich 1877 in meinem fünften Lebensjahre überstand. Es bestanden damals eine große Reihe Lähmungserscheinungen, Augen-, Gaumen-, Schlund- und vor allem lange Zeit Beinlähmung beiderseits. Über das Verhalten der Kniereflexe konnte ich keine Auskunft erhalten — unser damaliger Hausarzt erinnert sich nicht daran. — In Ermangelung jedes andern erfindlichen ätiologischen Momentes nahm ich an, daß damals infolge neuritischer Veränderungen Kernaffektionen im Rückenmark stattfanden — meine Mutter gibt an, die Beine seien völlig abgemagert gewesen —, daß speziell Unterbrechungen der beiderseitigen Reflexbogen stattfanden und deren Wiederherstellung unterblieb, während die andern getroffenen nervösen Elemente sich wieder ersetzt haben müssen.

Nach den obigen Feststellungen aus den Kurven kann diese Erklärung nicht mehr gehalten werden. Eine Unterbrechung des Reflexbogens kann nicht vorliegen, da die Reflexe beiderseits, wenn auch äußerst schwach und überdeckt, vorhanden sind.

Daß die Reflexe nur einfach überdeckt sind, nur durch psychisch bedingte Hemmung so gering erscheinen, wie im zweiten Falle, scheint nicht annehmbar zu sein. Nachdem die psychische Hemmung zum Wegfall gekommen war, zeigte sich bei dem Kollegen ein lebhafter Reflexausschlag mit mehreren Nachzuckungen, bei mir jedoch nur ein Torso eines Ausschlages. Wie weit sonach an die Mitmöglichkeit des vorhin erwähnten ätiologischen Moments zu denken ist, daß nämlich ein größerer Teil der den Reflexbogen bildenden und den Reflex übermittelnden Fasern zerstört ist, nur ein kleinerer Teil noch funktioniert, und gerade deshalb leichter durch psychisch bedingte Hemmung der Reflex überdeckt werden kann, wage ich nicht zu entscheiden. Die Möglichkeit des Vorliegens derartiger Verhältnisse dürfte nach klinischen Erfahrungen an Hinterstrangdegenerationen nicht von der Hand zu weisen sein; oft genug sehen wir im Verlauf der Tabes die anfänglich noch vorhandenen Kniereflexe schwächer werden und schließlich verschwinden, was doch kaum anders als durch das allmählich weiter fortschreitende Ergriffenwerden von Reflexfasern zu deuten ist.

Die Erfahrungen an dem vorigen Fall und bei mir mahnen zur großen Vorsicht im Aussprechen der Diagnose: Fehlen der Kniephänomene. Ich habe ebenso wie der vorher erwähnte Kollege auf Grund vielfacher Untersuchungen in einer Reihe von Jahren fest an-

genommen, daß die Reflexe fehlen. Und ihr Vorhandensein ließ sich durch den Reflexmultiplikator doch einwandfrei nachweisen. In wieviel Fällen mag wohl der Kniereflex als fehlend bezeichnet worden sein, während er durch Bahnungsversuche auslösbar gewesen wäre, und wenn dies nicht, durch den Reflexmultiplikator oder durch diesen in Verbindung mit psychischer Ablenkung. Die in Statistiken angeführten Prozentsätze sind hiernach höchst wahrscheinlich zu hoch.

Bei der Wertung des Symptoms des Fehlens der Kniephänomene taucht die Frage auf, ob dies unbedingt als „krankhaft“ aufzufassen ist. Ohne weiteres ist diese Frage nicht zu beantworten. Zweifellos ist das Fehlen des Reflexes, wenn einwandfrei nachgewiesen, oder auch eine so starke Abschwächung wie bei mir, durchaus von der Regel abweichend. In meinem Falle möchte ich aber die Bezeichnung „krankhaft“ ablehnen, da dem Organismus kein Schaden daraus erwächst. Nach den obigen Ausführungen wäre diese fast an Fehlen grenzende Abschwächung ein Residuum, wie etwa eine Narbe nach einem Panaritium, die an und für sich, wenn nicht bewegungsstörend oder durch ihre Lage hindernd und schmerzend, nicht mehr im eigentlichen Sinne „krankhaft“ ist.

Ein Fall von wirklichem Fehlen der Kniereflexe ist bisher beim Gesunden einwandfrei nicht beschrieben, so daß dessen Mangel als pathologisch anzusehen ist in Übereinstimmung mit Sternberg in seiner Monographie über Sehnenreflexe, Oppenheim u. a.

---

Es ist sonach gezeigt, daß durch den Reflexmultiplikator in zweifelhaften Fällen für die Begutachtung eindeutige, der Nachprüfung unterwerfbare, mit andern und unter sich bei verschiedenen Bedingungen und zu verschiedenen Zeiten vergleichbare Untersuchungsresultate gezeitigt werden, die öfters einen Hinweis auf eine latente, psychisch-nervöse Veranlagung oder anderweitige Störung bieten,

daß andererseits durch diese Untersuchungsmethode anscheinend fehlende Kniereflexe in einwandfreier Weise als vorhanden sich zeigen,

daß drittens aber auch das tatsächliche Fehlen der Reflexe erst durch den negativen Ausfall des Versuchs unter verschiedenen Versuchsbedingungen bewiesen wird.

---

V.

# Zur Genese und Prophylaxe der Sittlichkeitsverbrechen.

Von Privatdozent Dr. **Dannemann**-Gießen.

Von allen rechtbrechenden Personen ist von jeher der Sittlichkeitsverbrecher in den Augen der großen Menge wohl eine der verabscheuungswürdigsten Verbrechertypen gewesen, über die so mancher den Stab gebrochen sehen möchte, ohne daß mildernde Umstände zugewilligt werden. Ohne Zweifel hat diese rigorose Auffassung die Formulierung der Paragraphen des Strafgesetzbuches, welche gegen die Sittendelikte gerichtet sind, beeinflußt im Sinne scharfer Ahndung. In der Mehrzahl der Fälle erwartet den Sittlichkeitsverbrecher Zuchthausstrafe. Von den §§ 171—184 des R. Str. G. B. bedrohen ihn acht mit Zuchthaus, meist bis zu fünf, einer, der § 176, sogar bis zu 10 Jahren im Maximum. Nur fünf der Paragraphen weisen eine Zusatzfrage nach mildernden Umständen auf.

Das Strafrecht faßt als Sittlichkeitsvergehen auf: die Doppelehe, den Ehebruch, den sexuellen Verkehr zwischen gewissen nahen Verwandtschaftsgraden, unzüchtige Handlungen an Minderjährigen, Bewußtlosen, Schutz- und Pflegebefohlenen, widernatürliche Unzucht mit Tieren oder zwischen Personen männlichen Geschlechts, sodann Akte der Notzucht oder des geschlechtlichen Verkehrs nach vorangegangener Täuschung; Kuppelei, Verführung von weiblichen Personen unter 16 Jahren, Aergerniserregung durch unzüchtige Handlungen oder Kolportage unsittlicher Schriften und Bilder.

Genau genommen, ist damit die Reihe der als Sittendelikte aufzufassenden verbrecherischen Handlungen aber nicht erschöpft. Vielmehr können noch zahlreiche andere Verbrechen, die im Strafkodex unter den Abschnitten der Verbrechen wider das Leben oder auch gegen das Eigentum rangiren, ebenfalls aus sexuellen Motiven hervorgehen, z. B. Tötung und Körperverletzung aus sadistischem Motiv, Diebstahl aus fetischistischem Verlangen, kurz Handlungen, deren Beziehungen zur Sexualsphäre bei tieferem Eingehen in die Psychologie des Täters leicht zu enthüllen sind.

Wir fassen somit unter dem Namen Sittlichkeitsverbrechen viele Dinge recht verschiedenartiger Natur und auch verschiedenartiger Schwere zusammen, verschiedenartiger Schwere speziell insofern, als manche bei kritischer Betrachtung des Tatbestandes uns weniger verabscheuungswürdig und strafwürdig vorkommen, wie andere, in denen sich ein Abgrund von sittlicher Verdorbenheit und Gemeinheit zu offenbaren scheint. Zu letzteren sind in erster Linie blutschänderische Vergehen, Akte gewaltsamen Mißbrauchs und Angriffe auf Minderjährige unter 14 Jahren zu rechnen, Verbrechen, die in den letzten Jahren in erschreckender Weise an Zahl sich gemehrt haben. Beispielsweise wurden 1899 17 182 Urteile gefällt, 1903 dagegen schon 18 082. Diese Handlungen habe ich in erster Linie im Sinne, wenn ich im folgenden von Sittendelikten spreche.

Es sind in den letzten Jahren die Sittendelikte, insbesondere die Vergehungen an Minderjährigen stets zahlreicher geworden. Was will es Wunder nehmen, wenn da energisch auf vielen Seiten die Auffassung vertreten wird, daß es am Platze ist, mit größester Energie dem Sittlichkeitsverbrecher entgegen zu treten, ihn möglichst lange durch Internierung unschädlich zu machen, und speziell denjenigen, der sich an jugendlichen, zum Selbstschutz nicht fähigen Individuen vergreift, auf das empfindlichste zu treffen. Die Wut der Menge über Hinschlachtungen von Kindern, die, wie im Falle Tesnow in Greifswald auch die Laienrichter, die Geschworenen, oft genug ergreift und sie unzugänglich macht gegen jede andre Erwägung und Belehrung, ist nur zu begreiflich. Sie ist durchaus angebracht gegenüber den Taten Vollsinniger, aber es ist zu bedauern, wenn sie das Urteil derartig trübt, daß nun ohne Ausnahme der Sittlichkeitsverbrecher für eine Bestie erachtet und darüber vergessen wird, daß doch ein erheblicher Prozentsatz, eine frappierend hohe Quote aller Vergehen wider die Sittlichkeit von psychisch defekten, wenn nicht gar kranken Individuen ausgeht. Es gelangen Jahr aus Jahr ein auch jetzt noch in die Strafanstalten Individuen in großer Zahl, die eine sorgfältige Analyse des Gefängnisarztes früher oder später als mehr oder weniger stark psychisch abnorm oder krank herausstellt.

Höchst drastische Resultate haben in dieser Hinsicht Untersuchungen von Aschaffenburg und Leppmann jun. (beide an dem Sträflingsbestande großer Zentralgefängnisse — Halle u. Moabit — vorgenommen) erbracht, die von allgemeinem Interesse sind und darum hier wiedergegeben werden mögen.

A. fand unter 200 verurteilten Sittlichkeitsverbrechern leichterer Art, d. h. Fällen, die nur zu Gefängnis verurteilt waren, nur 99, die er als zurechnungsfähig bezeichnen zu müssen glaubt. Von ihnen waren aber noch 54 mäßig imbezill oder epileptisch,

neurasthenisch, hysterisch, trunksüchtig. 44 verdienten direkt die Bezeichnung: unzurechnungsfähig wegen Imbezillität, seniler Demenz usw., 35 mußten als Grenzfälle betrachtet werden, 16 als vermindert zurechnungsfähige, und bei sechs war der Untersucher in Zweifel, wohin er sie rechnen sollte.[1])

Es spricht für sich, wenn von 106 wegen Vergehens an Minderjährigen Bestraften 36 schwachsinnig, 24 epileptisch, 12 senil dement erfunden wurden, also Objekte der Psychiatrie, nicht des Strafvollzuges hätten sein müssen; wenn von 22 wegen Notzucht Verurteilten nur neun vom Gefängnisarzt als nicht unter den § 51 gehörig bezeichnet werden, während bei 17, von denen doch noch vier dem Strafrichter zugestanden werden sollten, Schwachsinn und Epilepsie eine Rolle spielten.

Unter 90 Zuchthäuslern fand Leppmann nur 30 Normale, Vollverantwortliche.[2])

Ehe noch diese Arbeiten erschienen waren, hatte ich mit Genehmigung der zuständigen Behörde eine Anzahl der in den hessischen Strafanstalten befindlichen Sittlichkeitsverbrecher vom gleichen Gesichtspunkt aus betrachtet, speziell in Bezug auf die folgenden Fragen:

1. Name des Bestraften. Sein Alter, seine Herkunft, ehelich oder unehelich geboren, sein Beruf, seine Religion, ob verheiratet oder ledig, ob er Kinder hat.
2. Heredität. Sind in der Ascendenz Geisteskranke oder Epileptiker oder Minderwertige oder Kriminelle? Finden sich solche in Seitenlinien?
3. Schulbildung, Entwicklung, Erziehung. Ob bei den Eltern aufgewachsen oder in Waisenhäusern oder in Zwangserziehung?
4. War der Betreffende vorbestraft und warum?
5. Art des Sexualdeliktes, wegen dessen die Untersuchung eingeleitet wurde. (Exhibitionismus, homosexuelle Delikte, Notzucht, Mißbrauch Minderjähriger.) Vergehen gegen welchen Paragraphen des Str.-G.-B?
6. Tauchten während der Untersuchungshaft Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit auf und wurde Begutachtung veranlaßt? Resultat derselben. Wie war überhaupt das Verhalten in der Untersuchungshaft?
7. Strafmaß? Mildernde Umstände?
8. Wie war das Verhalten im Strafvollzug? Erfolgte Nachprüfung des Geisteszustandes? Kamen Bewußtseinsstörungen zur Beobachtung oder Anfälle epileptischer Art? Fand Verlegung in eine Irrenanstalt statt? Wurde später der Strafvollzug fortgesetzt oder schied der Betreffende dauernd aus demselben aus?
9. Sind besondere Beobachtungen gemacht? Ist etwas über die spätere Lebensführung des Entlassenen bekannt, spez. wurde er rückfällig und beging nochmals ein Sexualdelikt?

Dem Herrn Strafanstaltsarzt Dr. Kullmann zu Butzbach danke ich Auskünfte in 16 Fällen, die immerhin verdienen, hier in Kürze wiedergegeben zu werden, da sie ebenfalls ein nicht zu verachtendes

[1]) cf. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform II. Bd. Hft. 6. 7.

[2]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin XXIX. 2.

kasuistisches Material im gleichen Sinne wie die Ergebnisse Aschaffenburgs und Leppmanns darstellen.

Zunächst sieben Fälle von Blutschande von Vätern mit den eigenen Kindern oder Stiefkindern.

Fall I. Landwirt, ehelich geboren, 65 Jahre alt, Witwer seit 1894, hat sieben Kinder zwischen 15 und 38 Jahren. Hereditätsfragen verneint. Wird als guter Vater und Gatte geschildert, aber auch als verschlossene, schwer zugängliche Natur. Er war nicht vorbestraft. Seit 1898 regelmäßiger geschlechtlicher Verkehr mit seiner jetzt 30jährigen Tochter, die zweimal von ihm gebar. Zweieinhalb Jahre Zuchthaus. Gute Führung, angeblich geistig intakt, führt zur Beschönigung das Entgegenkommen seiner Tochter an.

Fall II. Hirt und Laternenanzünder im Dorfe, ehelich geboren, nicht vorbestraft; jetzt 60 Jahre alt, Witwer seit zehn Jahren, hat fünf Kinder, sämtlich erwachsen. Hereditätsfragen verneint. Geringe Schulkenntnisse, schlechter Ruf. Mehrfacher Umgang mit seiner 28jährigen, sittlich tiefstehenden Tochter. Drei Jahre Zuchthaus. Er behauptet unschuldig zu sein.

Fall III. Tagelöhner, ehelich geboren, 36 Jahre alt, verwitwet, hat vier lebende Kinder, nicht vorbestraft. Hereditätsfragen negiert. Gutmütige, aber wenig ausdauernde Natur. Anscheinend stets großes Geschlechtsbedürfnis, hat sehr früh geheiratet und zehn Kinder in zwölfjähriger Ehe gezeugt. Kein Trinker. Alkoholintolerant. Die Ehefrau war oft krank und mußte ihn in den letzten Jahren oft refüsieren. Er hielt sich an die 16jährige Tochter, die er unter Drohungen zwang, ihm zu Willen zu sein. Schon am dritten Tage nach dem Tode seiner Frau mißbrauchte er sie. Zwei Jahre einen Monat Zuchthaus. Tadellose Führung, einsichtig, aufrichtige Reue.

Fall IV. Schiffer, ehelich geboren, katholisch, 50 Jahre alt, sechs Kinder. Heredität: ein Bruder war geisteskrank, einer blödsinnig. Heiratete erst mit 30. Geriet an den Alkohol, beging einmal eine Körperverletzung, die er aber mit Geldstrafe sühnen konnte. Verkehrte seit Dezember 99 regelmäßig mit seiner 13jährigen Tochter, manchmal mehrfach in der Woche. Fünf Jahre Zuchthaus. Führung im Strafvollzug seit $3^1/_2$ Jahren gut, unterstützt mit seinem Verdienst durch Überpensum seine Familie, bereut tief, schiebt seine Schuld auf Alkoholabusus.

Fall V. Gänsehirt, 34 Jahre alt, unehelich geboren. Elementarkenntnisse gering, bei Pflegeeltern erzogen, später in einem Versorgungshaus. Konnte das Schreinerhandwerk nicht erlernen, wurde Hirt, verfiel dem Alkoholismus. Nicht vorbestraft. Heiratete eine Witwe mit fünf Kindern und zeugte selbst zwei Kinder. Fortgesetzter Verkehr mit seiner Stieftochter unter 14 Jahren. $2^1/_2$ Jahre Zuchthaus. Entschuldigt sich damit, daß das Mädchen schon von einem andern verführt sein sollte. Alkoholintolerant, minderwertig.

Fall VI. Taglöhner, 36 Jahre alt, verheiratet, drei Kinder. Bettnässen bis zum 19. Jahre, Krämpfe bis zum 28. Jahre hin beobachtet. War ein fleißiger Arbeiter. Wurde mit 17 Jahren wegen Diebstahls zu fünf Tagen Gefängnis verurteilt. Wegen langer Krankheit seiner Frau, die ins Spital kam, richteten sich seine sexuellen Gelüste zuerst auf seine 18jährige Stieftochter, dann nach Abweisung auf sein eigenes 10jähriges Töchterchen. $2^1/_2$ Jahre Zuchthaus. Wird als hochgradig beschränkt vom Gefängnisarzt bezeichnet.

Fall VII. Rastelbinder, ehelich geboren, evangelisch, 42 Jahre alt. Heredität negiert. Seit 88 Verhältnis mit einer Witwe, von dieser zwei außereheliche Kinder. Dazwischen Heirat mit einer andern Frau und Scheidung. Nicht Alkoholist.

Fünfmal wegen Körperverletzung bestraft. Wiederholter Mißbrauch seiner 14 jährigen Stieftochter. Drei Jahre sechs Monate Zuchthaus, acht Jahre Ehrverlust.

Im Strafvollzug gute Führung 1893 20 Mtr. hoch abgestürzt auf den Kopf, seitdem öfters „*Schwindelerscheinungen*".

Von den acht weiteren Fällen betreffen nur zwei *Notzuchtsattentate* gegen erwachsene Frauen. In den übrigen handelt es sich um *Handlungen gegen minderjährige Mädchen*.

Fall VIII. Zigarrenmacher, 38 Jahre alt, ehelich geboren, katholisch, *verheiratet*, hat vier Kinder. Kriminell durch einen Bruder belastet. Genügende Elementarkenntnisse. Schlechter Leumund, sittlich haltlos, *Trinker*. Vorbestraft wegen Körperverletzung, Bedrohung, Sachbeschädigung. Trieb sich auf dem Felde umher und suchte eine arbeitende Frau zu mißbrauchen. Fünf Jahre Zuchthaus und fünf Jahre Ehrverlust. Gute Führung im Strafvollzug, macht wahrhaften, aufrichtigen Eindruck, gibt dem *Alkohol* Schuld an seinem Verbrechen, das er tief bereut.

Fall IX. Lackierer, 31 Jahre alt, ehelich, katholisch, *verheiratet*, kinderlos. Keine Heredität. Wegen Betrug und Urkundenfälschung bestraft. Attackierte eine Frau in offenem Felde, bedrohte die Widerstrebende mit einem Messer. Ein Jahr Zuchthaus, fünf Jahre Ehrverlust. Fügsamkeit im Strafvollzug. Leugnet seine Tat.

Fall X. Taglöhner, 44 Jahre alt, unehelich geboren. Heredität negiert. Verheiratet seit 1894, hat vier Kinder. War nie vorbestraft, wird als treuer, nüchterner Mensch bezeichnet, der mit seiner Frau einig lebte. Betastete mehrfach das eigne zwölfjährige Mädchen unsittlich, versuchte auch, dasselbe zu gebrauchen. Ein Jahr drei Monate Zuchthaus, fünf Jahre Ehrverlust. Gute Führung im Strafvollzug. „*Schulkenntnisse rudimentär, gutmütiger Tölpel, mäßig schwachsinnig.*"

Fall XI. Schlosser, 33 Jahre alt, ehelich geboren, evangelisch, verheiratet, vier Kinder von sechs Jahren hinab. Heredität negiert. Vorbestraft wegen Körperverletzung und *Sittlichkeitsverbrechen* (ein Jahr Gefängnis), gutmütig, haltlos, leichtsinnig. *Notorisch alkoholintolerant.* Fiel früher einmal, nach Alkoholgenuß auf einem Stuhl eingeschlafen, herab, verletzte sich, war später für alles *amnestisch*. Zwei Jahre Zuchthaus, fünf Jahre Ehrverlust wegen einmaliger unsittlicher Handlung an einem neunjährigen Mädchen in *angetrunkenem* Zustande. Gute Führung im Strafvollzug.

Fall XII. Taglöhner, 29 Jahre alt, ehelich geboren, katholisch, verheiratet. Zur Heredität: ein Bruder ebenfalls wegen Sittlichkeitsverbrechen bestraft. Mangelhafte Erziehung, sittlich verkommen, war nie vorbestraft. Zwei Jahre drei Monate Zuchthaus, acht Jahre Ehrverlust wegen Verbrechens gegen § 177. „Macht im Strafvollzug den Eindruck eines *geistig stumpfen* Menschen."

Fall XIII. Gastwirt, 42 Jahre alt, ehelich geboren, evangelisch, verheiratet, zwei Kinder, Heredität negiert, nicht vorbestraft. Zwei Jahre drei Monate Zuchthaus und drei Jahre Ehrverlust wegen Unsittlichkeiten an einem minderjährigen Mädchen, bestehend in Betastungen desselben, während er es gleichzeitig veranlaßte, sein Genital anzufassen und zu drücken. Er war seit 1887 verheiratet, verkehrte regelmäßig mit seiner Gattin. Herbst 1904, nach der Straftat, als ihm schon gerichtliche Verfolgung drohte, machte er einen *Selbstmordversuch*, verletzte sich schwer am Kopfe, kam in die chirurgische Klinik und wurde aus dieser in die psychiatrische verlegt, nachdem er Zeichen von Verwirrtheit und Unruhe geboten hatte. Schien es zunächst, als ob es sich um einen Anfall von Delirium tremens bei dem von jeher als *starker Alkoholist* bekannten Mann handle, so sprach

doch der weitere Verlauf in mancher Hinsicht dagegen. Zustände relativer Klarheit wechselten mit solchen von Verwirrtheit. Erst nach mehreren Wochen wurde er geordneter, gleichzeitig heilte nach Entfernung des Projektils (das nur teilweise Zersplitterung des Stirnbeins bewirkt hatte, aber nicht ins cavum cranii gelangt war) die Schußverletzung, und der Patient wurde auf sein Drängen vorzeitig entlassen. — Das Motiv des Selbstmordversuchs gab er nicht an. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß er zu demselben sich bestimmen ließ durch ein seit längerem über ihn laufendes Gerede, er habe sich unsittlich schon vor Jahren an Minderjährigen vergangen. Als er dann wegen des neuerlichen Sittendelikts der oben beschriebenen Art inhaftiert und verurteilt wurde, stellten sich auch die Gerüchte über frühere Verfehlungen als zutreffend heraus. — Für die ihm zur Last gelegte Straftat wollte er amnestisch sein. — Er wurde in der Untersuchungshaft begutachtet. Dabei stellte sich heraus, daß er für begleitende nebensächliche Tatumstände ein sehr gutes Gedächtnis hatte, während er die Hauptsache nicht erinnern zu können vorgab. Aus der raffinierten Art, wie er sein Opfer, ein zehnjähriges Mädchen, sich zu Willen machte (er lockte es einmal unter Vorgabe, ihm ein Lamm zeigen zu wollen in einen Stall, ein andres Mal zwang er es, mit ihm in den Keller zu gehen, angeblich damit es ihm leuchte) schloß der Sachverständige, daß die Voraussetzungen des § 51 nicht gegeben seien. Das Urteil räumte ein, daß die Widerstandskraft durch Alkoholmißbrauch vermindert gewesen sein möge. — Das Verhalten im Strafvollzug war ein nicht auffälliges.

Fall XIV. Maschinist, 41 Jahre alt, unehelich geboren, katholisch, seit dem 27. Jahre verheiratet, seit zehn Jahren Witwer, zwei Kinder. Vater war Epileptiker. Fünf Vorstrafen wegen Körperverletzung, Beleidigung, Diebstahl, Sittlichkeitsdelikt. Von jeher Alkoholist, aber fleißiger Arbeiter. Sehr reizbarer, jähzorniger Mensch. Wegen Notzuchtsversuchs, begangen an einem achtjährigen Mädchen, zu zehn Jahren Zuchthaus und fünf Jahren Ehrverlust verurteilt.

Begutachtung fand nie statt. Im Strafvollzug nur durch seine Erreglichkeit auffallend, die oft zu Achtungsverletzungen Anlaß gab. (Epileptoider).

Fall XV. Schreiner, jetzt 25 Jahr alt, ehelich geboren, evangelisch, ledig. Gute Familienverhältnisse und sorgsame Erziehung. Ging mit 15 Jahren nach Hamburg, geriet auf Abwege, stahl. Wurde $18^1/_2$ Jahre alt zu sieben Jahren Zuchthaus verurteilt wegen Diebstahls im Rückfalle und Notzucht verübt an einem siebenjährigen Mädchen, das er auf einer Kirchweih, zweifellos nach Alkoholmißbrauch, durch kleine Geschenke sich zu Willen machte. Die Tat war nicht weit davon entfernt, zum Lustmord zu werden, da der Täter das Kind würgte, auf Kopf und Gesicht schlug. — Eine Begutachtung fand nicht statt.

Im Strafvollzug oft prätenziös, anmaßend, empfindlich. 1903 ein Zustand hochgradiger nervöser Reizbarkeit (Reflexsteigerungen), der in Lazarettbehandlung auf starke Bromgaben und Anwendung prolongierter warmer Bäder nachließ. Gleichzeitig starke Depression, häufiges Weinen. In den letzten Jahren viele merkwürdige Sensationen, hypochondrische Vorstellungen, unmotivierte Befürchtungen.

Bei dem psychiatrischen Arzte sprechen diese Fälle für sich, und auch der Jurist wird die Lehre daraus ziehen, daß das Voruntersuchungsverfahren in jedem Falle von Sittlichkeitsverbrechen die Frage nach der geistigen Verfassung des Täters auf das sorgsamste zu berücksichtigen hat.

Sollen uns solche Feststellungen bestimmen, gegen unsere

Strafrechtspflege den Vorwurf häufiger Justizirrtümer gerade in Bezug auf diese Kategorie von Kriminellen zu erheben? Ich glaube, das ist nicht billig und außerdem unklug, weil es zum Widerspruch herausfordert. — Ein Teil der Verurteilungen wegen Sittendelikts erfolgt, obgleich die strafende Stelle sich wohl bewußt ist, daß man es nicht mit einem Normalen zu tun hat. Der von modernem Geist erfüllte Richter und Strafanstaltsleiter, sie wissen beide zur Genüge, daß eine Durchmusterung der Insassen unserer Gefängnisse nach psychiatrischen Gesichtspunkten einen großen Prozentsatz Imbeziller, Epileptiker usw. heraushehen wird. Sittlichkeitsverbrecher machen davon keine Ausnahme. Ihnen wie so manchem anderen diktiert oftmals der Richter die Freiheitsstrafe dennoch zu, weil er eben die Öffentlichkeit vor dem nach unseren gegenwärtigen rechtlichen Verhältnissen für die Irrenanstalt nicht reklamierbaren Täter auf eine gewisse Zeitdauer wenigstens sichern möchte, vielleicht auch bei manchem in der Hoffnung, ihn dadurch für spätere Zeiten hemmend zu beeinflussen. — Andere Fälle, welche trotz des Defektes in den Strafvollzug gelangen, kommen auf das Konto der Gerichtsärzte, ohne daß aber ihnen immer ein Vorwurf daraus zu machen wäre; denn oft genug bringt die Symptome, aus denen beweiskräftige Schlüsse bezüglich der Veranlagung zu ziehen sind, erst der Strafvollzug. —

Immerhin sind aber Feststellungen wie die erwähnten von großer Bedeutung, weil sie den einsichtigen Richter, der bestrebt ist, in die Grundursachen verbrecherischer Handlungen hineinzuleuchten, bestimmen werden, auf diesem Gebiete große Vorsicht walten zu lassen, damit es ihm gelingt, Fehlurteile zu vermeiden. — Neben den Resultaten solcher Massenuntersuchungen kann man ihm aber nie genug Analysen von Einzelfällen zur Kenntnis bringen. Sie sind noch viel eher geeignet, ihm zum Bewußtsein zu führen, welche elementare Gewalt auf diesem Gebiet dem Triebleben zukommt, welche Bedeutung hier die angeborene Anlage und die Heredität haben, sie lehren ihn so oft, daß seine strafenden Maßnahmen gegen den abnorm veranlagten Sittenverbrecher ohnmächtig und zwecklos sind und der Gesellschaft einen weit geringeren Schutz diesem gegenüber garantieren, wie andere modi, die zugleich humaner sind.

Wenn wir das große Heer der Sittlichkeitsverbrecher an uns vorbeipassieren lassen, so sind natürlich eine Menge darunter, die keinen Anspruch darauf erheben können, als krank oder abnorm veranlagt zu gelten. So mancher Notzuchtsakt ist das Ergebnis heftiger sexueller Erregung und günstiger Umstände des Milieus, ebenso wie wohl manche strafbare unsittliche Handlung ausgeführt wird in der Erwartung, eine Person des anderen Geschlechtes anzulocken. Die psychologischen Vorgänge bei Individuen von sonst normaler Geistesbeschaffenheit, denen

die Strafbarkeit ihres Tuns geläufig ist, sollen uns hier nicht weiter interessieren. Hier soll wesentlich der *Zusammenhang zwischen Sittendelikten und abnormen bzw. pathologischen Geisteszuständen* betrachtet werden. —

Unter den Abnormen marschieren auf exponiertestem Posten gewissermaßen die *Imbezillen* und die wohl als Debilität bezeichneten leichten Grade der Imbezillität. Der Mangel an ethischen Empfindungen in Verbindung mit ihrer Abhängigkeit von jeweilig sie beherrschenden Trieben und der Unfähigkeit, Hemmungen spielen zu lassen, treibt jahraus jahrein so und so viele angeborene Schwachsinnige wie zum Diebstahl, ebenso auch zum *strafbaren Gewaltangriff gegen weibliche Individuen*, zum Delikt der Notzucht, und auch zum Angriff auf die leichter zu überwältigenden Jugendlichen. Der Widerstand des Opfers ist es dann, der so oft zu Mißhandlungen und Anwendung von Zwang führt, denen vielleicht das Opfer erliegt, so daß die Tat den Eindruck des Lustmordes erweckt, obwohl die Tötung nur ein zufälliges Accidenz darstellt. — Die Zahlen *Aschaffenburgs*, wonach von 100 Verbrechern gegen § 176.3 36 schwachsinnig waren, davon 14 hochgradig, ist bedeutsam für die Häufigkeit der Teilnahme der Imbezillen am Sittendelikt. — Dem Imbezillen pflegt auch naturgemäß in erster Linie das *Milieu* verhängnisvoll zu werden. Stumpf gegen sittliches Fühlen läßt er sich mit nächsten Blutsverwandten ein, mit denen er in dürftigen Verhältnissen vielleicht die enge Wohnung teilt, und begegnet uns unter der Anklage der Blutschande.

Unter dem Einfluß des Alkohols wächst für den sexuell erreglichen Imbezillen die *Gefahr* noch erheblich, da der letzte Rest Hemmungen verloren geht und der Trieb nun auch der letzten schwachen Schranke entbehrt, eine Wahrheit, die auch für den intellektuell höher stehenden Sittlichkeitsverbrecher gilt. Ist es doch hinreichend festgestellt, daß die meisten *Notzuchtsakte* in Zuständen der Angetrunkenheit passieren, ohne Alkoholgenuß des Täters vielleicht nie passiert wären. Der Imbezille, der in heiklen Situationen, auch ohne daß er Alkohol genoß, lediglich infolge ihn übermannender geschlechtlicher Erregung sich vergeht, stellt das *große Kontingent* zu den Rückfälligen und ist geradezu „unverbesserlich". So oft Versuche gemacht werden, diese sonst manchmal keineswegs ernstlich antisozial veranlagten Menschen mit angeborener Willensschwäche und Urteilsarmut durch „Strafen", Freiheitsentziehungen zu beeinflussen, fast regelmäßig erweist sich das als ein aussichtsloses Unternehmen, ein Umstand, der gerade bei diesen zur größten Vorsicht in der Prognose bestimmen muß, wenn die Frage der Entlassung aus der Straf- oder auch aus der Irrenanstalt angeregt wird.

Diesen Typus des mäßig imbezillen Sittlichkeitsverbrechers repräsentiert der folgende Fall unsrer Beobachtung:

X., Apotheker von Beruf, war von jeher als willensschwach und wenig verläßlich bekannt; kam aber mit einem „genügend“ durch die Examina und etablierte sich. Nachdem er zweifellos schon früher sich unentdeckt vergangen, wurde er wegen unzüchtiger Manipulationen an minderjährigen Mädchen mit neun Monaten Gefängnis bestraft, obschon der Sachverständige, auf den Defekt seiner ganzen Persönlichkeit hinwies. — Er verbüßte die Strafe, und es gelang ihm, da er bemittelt war, abermals eine Position zu gewinnen. Er heiratete sogar und hat mehrere Kinder. Da erkrankt die von ihm zweifelsohne sexuell außerordentlich stark mitgenommene Frau, so daß er seinem starken Sexualtrieb einige Zeit nicht genügen kann, und sofort wird er wieder gelegentlich des Zusammentreffens mit Minderjährigen in der gleichen Weise kriminell. — Abermals verhängt man eine 15 monatliche Freiheitsstrafe über ihn. Kaum hat er sie verbüßt, so verstößt er zum dritten Male gegen den § 176, 3, fordert gleich mehrere Mädchen auf, seinen Penis zu betasten, berührt sie unsittlich, bestellt sie sogar unter Versprechungen von Süßigkeiten für den nächsten Tag nochmals, kurz handelt so folgerichtig und verhält sich so durchaus geordnet dabei, daß sein Tun aus nichts anderem zunächst sich erklären ließ, wie aus einem momentan hervorbrechenden verstärkten Geschlechtstrieb bei absoluter Ausschaltung der Überlegung der Tragweite der Handlung für ihn selbst und die Seinen.

Was hilft es in solchen Fällen, abermals eine Freiheitsentziehung durch Richterspruch eintreten zu lassen! — Eine nochmalige ärztliche Untersuchung legte diesmal mehr Nachdruck auf die Imbezillität des Täters, der außer Verfolgung gesetzt und zunächst interniert wurde, dann aber dennoch von der Behörde, diesmal ohne daß ärztlicherseits dazu geraten wäre, die Freiheit wieder erhielt.

In diesem Falle ist der Rückfall mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, daran ist kaum ein Zweifel möglich. Weit eher würde unter gewissen Garantien der Entlassung eines Imbezillen zugestimmt werden dürfen, der nicht rein unter endogenen Einflüssen handelte, sondern bei dem das exogene Moment des Alkohols eine Rolle spielte. Kann man erzielen, daß ihm derselbe ferngehalten wird, so darf auch mit einiger Wahrscheinlichkeit erwartet werden, daß der wenn auch geringe Grad des Überlegungsvermögens genügen wird, ihn künftig in kritischen Momenten hemmend zu bestimmen.

Die Frage, ob rein aus endogener Veranlassung periodische Steigerungen des Sexualtriebes sich einstellen und verhängnisvoll für den Träger werden, oder ob es nur unter Alkoholwirkung dazu kommt, spielt ebenso eine wichtige Rolle bei der Prognose der zweiten Gruppe von psychisch abnormen Sittlichkeitsverbrechern, den epileptisch Veranlagten. Gerade diese sind es, die wohl als die auf diesem Gebiete gefährlichsten angesehen werden müssen, insofern, als hier in der großen Mehrzahl der Fälle die sexuelle Gewalttat keine Grenze kennt, und oftmals zum Äußersten schreitet, zum Lustmord. — Wenn wir unsere in die Anstalten in Dämmerzuständen gelangenden Epileptiker genauer beobachten, so bemerken wir an diesen zweifellos schwer Gestörten nicht selten den Zug starker Sexualität, der sich in masturbatorischen Handlungen, Reden von sexuellen

Dingen, sexuellen Assoziationen kundgibt, ein hinreichender Beweis dafür, daß in solchen Zeiten etwas Brunstartiges bei den Epileptikern besteht.

Tritt derartiges bei einem Epileptiker ein und bleibt das äußere Verhalten trotz der Bewußtseinstrübung ein relativ geordnetes, so bieten diese Individuen eine außerordentliche Gefahr für die öffentliche Sicherheit. — Ihr Verhalten bei der Inhaftnahme nach einem Delikt, das so oft ein höchst erregtes ist, verdirbt ihnen die Sympathie des Untersuchungsrichters von vornherein, und die vielleicht auf Amnesie zurückzuführende Negierung ihrer Täterschaft tut ein übriges, um sie als rein Kriminelle gelten zu lassen. Vielleicht ist die Amnesie auch nur eine partielle, und der Untersuchungsrichter findet sich dadurch noch in der Auffassung, daß es sich nur um ein freches Ableugnen handelt, bestärkt und glaubt nicht an pathologische Momente, es sei denn, daß es sich um notorische Epileptiker mit echten Anfällen handelt, bei denen aber diese Dämmerzustände mit sexueller Färbung grade weniger häufig zu sein scheinen, wie bei den an psychischen Äquivalenten, an larvierter Epilepsie leidenden Personen.

Es liegt auf der Hand, daß diese Individuen quoad dimissionem in die Öffentlichkeit ebenso precär sind, wie die imbezillen Sittlichkeitsverbrecher mit zeitweilig verstärktem Sexualtrieb. — Ich habe vor vier Jahren einen Vertreter dieser Kategorie beobachtet, der zunächst wegen mehrfacher Notzuchtsattentate zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt war. Er hatte Vorstrafen erlitten wegen Hausfriedensbruch und Beteiligung an einer Schlägerei, also wegen Handlungen, aus denen weniger eine schlechte Gesinnung und Mangel an Moral sprachen, als vielmehr Mangel an Selbstzügelung und eine gewisse Erreglichkeit. Innerhalb fünf Tagen beging dieser Mensch im Hochsommer fünf schwere Notzuchtsattentate, eines an einer über 70 Jahre alten Frau. In drei Fällen kam er zum Ziel. Alle Taten fallen in eine Zeitperiode, in der er sich beschäftigungslos im Freien umhertrieb, im Freien nächtigte, kurz eine Lebensweise führte, die von seiner sonstigen stark abwich. Erst ein halb Jahr später wurde er agnosziert und trotz seines Inabredestellens der Taten verurteilt. — Er war doppelseitig belastet, sollte als Kind an Anfällen gelitten haben. — Im Strafvollzug traten nach zwei Jahren Spuren geistiger Störung hervor, und er gelangte in die Klinik. Hier kam nach monatelangem ruhigem Verhalten abermals der Trieb über ihn, er entwich und versuchte draußen noch am gleichen Tage abermals ein Notzuchtsattentat, das glücklicherweise verhindert wurde. Solche Leute wollen anders beurteilt sein und sind weit gefährlicher, wie andere ebenfalls epileptisch Veranlagte, die notorisch nur in Zuständen sich vergingen, in welche sie durch Alkoholgenuß versetzt wurden.

Um einen Epileptiker dieser Art der Veranlagung, dessen Vergehen gegen die Sittlichkeit stets in letzter Linie auf einen Alkoholgenuß zurück zu führen waren, handelt es sich in folgendem instruktivem Falle:

Qu., jetzt Vater von drei Kindern, Kanalarbeiter und Straßenfeger, war 24 Jahre alt geworden, ohne mit den Gesetzen in Konflikt gekommen zu sein, als er zuerst 1895 wegen Nötigung zu vier Monaten Gefängnis verurteilt wurde. Der Anklage lag folgender Tatbestand zugrunde: Qu. hatte ein minderjähriges Mädchen unter Bedrohung mit einem Messer in einen Wald zu verschleppen gesucht und wurde ergriffen, ehe er das zweifellos beabsichtigte Sittendelikt begehen konnte. Er gab alles zu, entschuldigte sich mit Alkoholmißbrauch und absolvierte seine Strafe, während ihres Vollzuges sich durchaus willig und ruhig verhaltend.

Wenige Monate nach seiner Rückkehr in die Freiheit fand er, über sein Vorleben die Leitung in Unkenntnis lassend, für einige Tage aushilfsweise Stellung als Pfleger in einer Klinik.

Sehr bald indessen erwies er sich als ungeeignet, man traf ihn weinend, und als Grund gab er an, daß er nicht sehen könne wie die Menschen leiden müßten. Seine Charakteristik im Personalverzeichnis der Anstalt erhielt den Vermerk: „larvierter Epileptiker".

Ein Jahr darauf beging er, damals schon verheiratet, abermals eine Straftat, indem er spät abends eine Frau anpackte und ihr unter die Röcke griff, also eine Handlung, welche alle Merkmale eines Sittlichkeitsdelikts trug. Sie führte ihn auf ein Jahr ins Zuchthaus. Damals schon herrschten zwischen Verteidigung und Staatsanwaltschaft erhebliche Differenzen; ersterer erschien Qu.s Verantwortlichkeit sehr zweifelhaft. Das Gericht beschritt den Mittelweg. Das Urteil sprach sich dahin aus, daß „zweifellos der Angeklagte zur Zeit der Tat unter dem Einfluß geistiger Getränke gestanden habe". Es wurde betont, daß er „ein geistig beschränkter Mensch von geringer Willensstärke" sei, „daß die Tat als die Folge eines Augenblicksentschlusses" erscheine usw. — Auch der Umstand, daß man ihm die bürgerlichen Ehrenrechte beließ, spricht dafür, daß bei der Strafausmessung stark individualisierend vorgegangen und ein Minderwertiger in ihm erblickt wurde. —

Auch diesmal war er im Strafvollzug in jeder Hinsicht gefügig. Seine Frau hielt zu ihm, ließ sich trotz der Zuchthausstrafe nicht von ihm scheiden und lebte nachher mit ihm teils auf dem Lande, teils später in G., wo er Arbeit fand und als Kanalarbeiter sich und die inzwischen auf drei Köpfe angewachsene Familie ernährte. Er war ehrlich und verläßlich, ein eifriger Arbeiter, der für die Seinen stets gut sorgte. Die Lenkung des Hausstandes überließ er der Frau, die nie über schlechte Behandlung zu klagen hatte.

Im Frühjahr 1904 wurde er abermals in Untersuchung gezogen. Am hellen Tage lief er auf belebter Landstraße vor G. auf mehrere Damen zu, griff ihnen nach den Genitalien, entfloh vor ihrem Geschrei, um nach einigen 100 Metern das gleiche Delikt bei mehreren Frauen zu wiederholen. In seinem Verhalten, das wieder zweifellos aus sexuellen Motiven hervorging, wurde nur der Tatbestand der Beleidigung erblickt und deswegen Klage erhoben. Diesmal fand die Verteidigung die Zustimmung der Staatsanwaltschaft zur Einweisung in eine Anstalt.

Es ergab sich nun zunächst bezüglich des Vorlebens folgendes: Qu. stammte von einem Bauern ab, der Alkoholist war. Mit seinen Eltern ging er 1880, wie in früheren Jahren so mancher Oberhesse es getan, nach Paris. Sie lebten dort bis 1886 als Gassenkehrer. Qu. genoß allerdings Schulunterricht, profitierte aber

nicht viel davon. Später blieb er bei den Eltern als ländlicher Arbeiter, zeitweilig auch auf einer Grube beschäftigt, bis zur ersten Bestrafung im Jahre 1895.

Früh war er aufgefallen durch „simulante Störungen", wie der Ortsvorsteher schreibt. Er war zu Zeiten „wie verrückt", trieb sich dann tagelang arbeitslos umher, verkroch sich in Scheuern oder hinter Hecken, ohne um seine Tätigkeit sich zu kümmern, kurz er vagierte periodenweise und legte ein so auffälliges Verhalten an den Tag, daß er bei vielen Ortsgenossen für „nicht ganz richtig" galt. „Es fehlt ihm was am Verstande, er hat seine Touren" hieß es von ihm. —

Anscheinend war seine Lebensführung nach der Verheiratung eine gleichmäßigere geworden, denn die Ehefrau vermochte solche prägnante Züge nicht vorzubringen. Doch gab sie an, ihr Gatte rede manchmal nachts im Schlafe, verlasse bisweilen das Bett und wandle schlaftrunken umher, um erst auf Anruf zu sich zu kommen.

Intelligenzprüfungen des Qu. ergaben sehr geringe Kenntnisse, wofür aber zum Teil ungenügende Schulbildung infolge der absonderlichen Lebensbedingungen in der Jugend verantwortlich gemacht werden konnte. Rechenvermögen gering, speziell auf dem Gebiete der Division. Geographische und historische Kenntnisse sehr mäßig, doch ist Qu. über die Dinge des täglichen Lebens gut orientiert, vermag recht gut anzugeben, wie er leben muß, um ohne Kollisionen durchzukommen. Ist er ethisch auch nicht besonders hochstehend, so weiß er doch seine Pflichten zu definieren und hat durch Begründung einer Familie und die seitherige Fürsorge für dieselbe gezeigt, daß er sie in die Praxis umzusetzen weiß. — Sein Gedächtnis ist ein sehr gutes, er entsinnt sich speziell aller Einzelheiten aus den wenigen Tagen in denen er 1896 als Pfleger in einer Anstalt tätig war, nennt die Namen von Pflegern und Patienten aus jener Zeit und weiß Charakteristika derselben anzugeben.

Im Urteilsvermögen zeigten sich Züge von mäßiger Schwäche, indessen nicht so erheblichen Grades, daß man Qu. für jeden Verstoß gegen das Gesetz (beispielsweise Diebstahl) den Schutz des § 51 hätte zubilligen mögen.

Qu. verhielt sich während der Beobachtungszeit harmlos, durchaus fügsam, ab und zu bot er eine trübe Stimmung, die aber in seiner Situation ihre Erklärung fand. Wiederholt wurde beobachtet, daß er nachts im Schlafe sprach, sich viel umherwälzte. An manchen Tagen wurde über Kopfschmerz geklagt.

Körperlich fiel an dem nur 163 cm großen Manne wenig auf. Die Konfiguration des Schädels bot nichts Bemerkenswertes, nur war der Umfang von 54 cm etwas gering. Am Hinterhaupt fand sich eine von einem Unfall herrührende geringe Narbe, nicht empfindlich, nicht verwachsen.

Andauernd ließen sich nachweisen: verstärkte Reflexe, gesteigerte mechanische Muskelerregbarkeit, Fingertremor, und eine gesteigerte Berührungsempfindlichkeit der gesamten Körperoberfläche.

Qu. gab bezüglich der letzten, ihm zur Last gelegten Straftat an, daß er zwar alles unterschrieben habe, was man ihm vorgelesen, doch entsinne er sich in keiner Weise, was er am Tage der Tat angestellt. Er habe bei einer Spezereihändlerin am Vormittag Dienstleistungen ausgeführt und sei von dieser mit Bier und Schnaps regaliert. Was dann weiter geschehen, wisse er nicht mehr zu erinnern. In der Annahme, daß er für Dinge, die er dann angestellt habe, milder bestraft werde, wenn er gleich alles einräume, habe er sich schuldig bekannt. Als er an dem betreffenden Tage den Alkohol genossen, habe er gleich gemerkt, daß er zu der Kanalarbeit, bei der er beschäftigt gewesen, nicht gehen dürfe, denn er werde sonst in den Kanal fallen. Auch würde ihn der Vorarbeiter garnicht eingestellt haben.

Sexuell wollte er keineswegs besonders begehrlich sein. Er gab an, daß

ihm die Ehefrau nach der zweiten Bestrafung gesagt habe, sie wolle ihm stets, so oft er darnach Verlangen trage, zu willen sein, damit er nicht andere Frauen angreife.

Alle Momente sprachen dafür, in Qu. einen alkoholintoleranten, larvierten Epileptiker zu sehen, der in einem Ausnahmezustande seine Straftat begangen hatte. Er wurde demgemäß freigesprochen, und auch in die Freiheit entlassen, obwohl der Vorschlag des Gutachters, ihn einer Art polizeilich-amtsärztlicher Aufsicht zu unterstellen, nicht realisierbar erschien.

Drei Monate später wird er spät abends polizeilich wieder zugeführt. Vierzehn Tage früher hatte er bereits einmal einen kurzen Dämmerzustand nachts, räumte sein Bett aus, schlug auf die Frau ein, riß das jüngste Kind aus der Wiege und wollte es gegen den Ofen werfen, schlief dann aber wieder ein. — Am Tage vor der neuerlichen Zuführung war er über Land zu Angehörigen, trank Spirituosen, kam leicht erregt heim, war zunächst aber noch ruhig, schlief gut und arbeitete am nächsten Vormittage. Dann fühlte er sich unpäßlich, und beim Abendessen zeigten sich zum ersten Male echte Anfälle, er fiel mit einem Schrei um, schlug mit den Gliedmaßen um sich, hatte Schaum vor dem Munde, kam nicht ganz wieder zu sich, verkannte seine Umgebung. Die sexuelle Färbung des Zustandes trat diesmal insofern hervor, als er nach seinem sechsjährigen Töchterchen strebte, äußerte, es sehe aus wie eine 18jährige, und weitere indezente Redewendungen gebrauchte.

Der polizeilichen Zuführung widersetzte er sich heftig, erschien bei der Aufnahme zunächst wie ein völlig anderer, um nach tiefem, fast 24stündigem Schlafe mit völliger Amnesie und speziell ohne jedes Verständnis dafür, wie er in die Klinik gekommen sei, zu erwachen.

Es erfolgte nun Entmündigung wegen Geistesschwäche und mit Rücksicht auf die Gefährlichkeit für die Familie Verbringung in eine Irrenanstalt mangels der Möglichkeit, Qu. einer Epileptikeranstalt zuzuweisen. Qu. ist dann nochmals nach Monaten entlassen, nachdem man ihm in der Person eines sehr verständigen Geistlichen einen Kurator gesetzt hatte. Einmal kam man dahinter, daß er wieder Alkohol genommen hatte, und der Vormund veranlaßte abermals die Verbringung in die Anstalt, die Qu. aber später doch wieder verlassen durfte auf Grund seines Versprechens, nie wieder Alkohol zu sich zu nehmen. Er hat dieses Versprechen alsdann gehalten und sorgt seit über Jahresfrist in geordneter Weise für seine Familie.

Der Fall erinnert bezüglich der nachträglichen Fixierung der Diagnose an den von Sommer im Lehrbuch der psychopath. Untersuchungsmethoden S. 102—112 veröffentlichten des T. G. aus B. (vgl. auch die Kriminalpsychologie desselben Verfassers S. 260). Er lehrt auch, wie unzutreffend es ist, aus einem selbst jahrelangen Ausbleiben epileptischer Zustände während eines Strafvollzuges den Schluß herzuleiten, daß die ärztliche Diagnose eine irrtümliche gewesen sein müsse.

Eine Revision der beiden ersten zur Verurteilung des Qu. führenden Strafprozesse ist nicht erfolgt. Stammte er aus besseren Kreisen, in denen man bestrebt sein würde, die Nachkommen des Odiums, von einem mit Zuchthaus bestraften Vater zu stammen, zu entledigen, so würde wohl eine Revision beantragt sein und Qu. völlig rehabilitiert werden müssen.

Die Zahl der Epileptoiden, die nach einem ehrenvollen Leben in alkoholisch ausgelösten abnormen Zuständen gegen das Sitten-

gesetz verstießen, auf die Ihrigen dadurch unendlichen Jammer und Unehre brachten, um dann selbst verzweifelnd ihrem Leben ein Ziel zu setzen, ist eine nicht geringe. Die Fälle sind manchmal um so tragischer, wenn es sich um verhältnismäßig harmlose Delikte handelt, durch die weder eine körperliche Schädigung bewirkt wurde, noch auch von einer moralischen geredet werden kann. Wenn beispielsweise wie in dem folgenden Falle das Delikt an einem fast 14jährigen Bauernmädchen versucht wurde, das wohl schon manchen nicht gerade von platonischen Empfindungen diktierten Griff befreundeter Burschen verspürt hat, so wird von einer ernstlichen moralischen Läsion wohl kaum gesprochen werden dürfen.

Tatbestand, Anamnese und Untersuchungsergebnis waren, in Kürze geschildert, hier die folgenden:

S. L. wurde im Alter von 57 Jahren wegen unsittlicher Handlungen, begangen an einer Minderjährigen, in Untersuchungshaft genommen.

In einer Julinacht brach gegen Mitternacht in unmittelbarer Nähe seiner Wohnung ein Schadenfeuer aus, das sogar auf sein Haus übersprang. Unter heftiger Aufregung beteiligte er sich an den Löscharbeiten und gab dabei, sich selbst am Konsum stark beteiligend, den Löschmannschaften reichliche Mengen Alkohol zum besten. Um drei Uhr nachts war er in einem Zustande, den Zeugen später als Betrunkenheit bezeichneten. Anstatt nach den Anstrengungen und dem Alkoholgenuß in dieser Nacht nun Ruhe zu suchen, fährt er um sieben Uhr früh bereits mit einem Freunde über Land, unterwegs wird schon wieder Bier konsumiert und der Begleiter konstatiert, daß er direktionslos ist. Gleichwohl verläßt er ihn aus geschäftlichen Gründen, und ein um seine Beaufsichtigung gebetener dritter kümmert sich ebensowenig um den Unglücklichen, der nun sich selbst überlassen die Chaussee entlang wandert, bis er einem kleinen Mädchen begegnet. Er lockt es durch Geldversprechungen vom Wege ab, setzt sich an den Boden, heißt es neben ihn treten und vollführt unzüchtige Manipulationen, indem er es betastet. Ein Stuprum wurde nicht versucht, seine Genitalien entblößte der Täter nicht.

Die Szene war vom Hause eines in der Nähe wohnenden Landgendarmen aus beobachtet worden. Letzterer eilte hinzu und verhaftete den L., der die Tat in Abrede stellte und nur mit dem Kinde gescherzt und es am Fuß gepackt haben wollte.

Die Nachricht seiner Verhaftung schmetterte die Seinen nieder, seine Tat erschien ihnen und seinem Freundeskreise rätselhaft, war er doch niemals vorbestraft, verheiratet, ein guter Vater und Gatte, dabei aus guter Familie, Inhaber eines Vertrauenspostens (Beamter einer fürstlichen Verwaltung), ehemaliger Offizier, Träger mehrerer Orden und Ehrenzeichen, kurz ein Mann, bei dem man sich einen strafbaren Angriff auf eine Minderjährige nicht zu erklären vermochte, es sei denn, daß er in vorübergehender Geistesstörung gehandelt hätte.

Ärztliche Untersuchung vermochte an dem Kinde nichts zu entdecken, was dafür hätte sprechen können, daß ein Mißbrauchsversuch gemacht sei. Auch in bezug auf etwaige Residuen brüsker Handgreiflichkeiten war nichts zu eruieren. In ersterer Hinsicht entbehrte also ein Verdacht gegen L. jeder objektiven Begründung. Im übrigen stand aber seiner Behauptung, er habe sich nur einen scherzhaften Griff gestattet, die Angabe des Kindes stets entgegen, wonach an ihm unzüchtige Betastungen vorgenommen sein sollten.

L. hob vom ersten Tage der Untersuchungshaft an hervor, daß er an perio-

disch auftretenden Zuständen leide, ausgelöst zu unregelmäßigen Zeiten von häuslichen oder dienstlichen Aufregungen. Er könne dann nicht ordentlich nachdenken, handle oft unüberlegt, habe ein unbestimmtes Angstgefühl mit Herzklopfen und eingenommenem Kopf. In solchen Zuständen sei sein Schlaf schlecht, er träume ängstliche Dinge, sehe bei geschlossenen Augen Zerrbilder von Personen. Sein Triebleben sei gesteigert. Dann greife er auch zum Alkohol. Viele Einzelheiten der Vorgänge vor und während der ihm zur Last gelegten Tat seien ihm nur nebelhaft in Erinnerung.

Diese Angaben zusammen mit einer außerordentlich starken Gemütsdepression im Beginne der Untersuchungshaft und die Hervorhebung einer starken erblichen Belastung gaben hinreichend Momente zur Herbeiführung einer psychiatrischen Beobachtung ab.

In der Tat war die Heredität des Angeschuldigten eine außerordentlich schwere. Eines seiner Kinder war epileptisch, ein zweites nervös, seine Schwester ebenfalls „nervenleidend". Der Vater starb infolge eines Sturzes nach langjährigem Potatorium. Ein Bruder des letzteren verübte Suicid, ein zweiter war abnorm, bekannt wegen seiner tollen Streiche. Zwei Söhne dieses waren in Anstalten, einer von ihnen starb in der Irrenanstalt als Paranoiker und Alkoholist. Eine Vatersschwester starb ebenfalls in einer Irrenanstalt, sie war chronisch deprimiert, trug sich auch oft mit Suicidneigungen. Eine andere starb nach einer nicht benannten Krankheit, die mit Geschwürsbildung einherging, vielleicht als Diabetes anzusprechen .war. Des Vaters Vater war ebenfalls Potator gewesen. L. konnte somit wohl als schwer belastet gelten.

Über seinen Lebenslauf konnte folgendes festgestellt werden. Er war im Alter von 18 Jahren als Avantageur in den hessischen Militärdienst eingetreten, hatte die Kriege von 1866 und 1870 mitgemacht, war Premierleutnant geworden und 1876 wegen eines rheumatischen Leidens pensioniert, fand dann aber doch Verwendung im Polizeidienst einer größeren Stadt und wurde Kommissar. Ende der 70 er Jahre beginnen sich dann nervöse Erscheinungen bei dem als verläßlich und diensteifrig bezeichneten Beamten zu zeigen, die ihn mehrfach zwangen, längeren Urlaub zu erbitten, Kaltwasserheilanstalten zu besuchen und zu medizinieren. Mit einer entschiedenen Neigung zur Periodizität stellten sich Kopfschmerzen, Kongestionen, Dyspepsie und Verdauungsstörungen, Stechen in allen Körperteilen ein. Der Patient war dann sehr heftig, ansfällig gegen seine sonstige Gewohnheit, reizbar, sprach viel und überlaut, schimpfte auf alles, und neigte dazu, sich durch Alkohol zu betäuben. Im Gefühl seines Elends sollte er in den Zwischenzeiten gelegentlich Suicidtendenz haben durchblicken lassen. Er blieb aber doch im Polizeidienst, bis 1901, um nun, 55 Jahre alt, eine Stellung als Beamter in herrschaftlichen Diensten zu übernehmen, bis ihn das Verhängnis traf.

Der Raum gestattet es nicht, eingehend die Aussagen der Zeugen wiederzugeben. Nach allen Erhebungen bei vielen früheren Dienstkollegen und Freunden des L. unterlag es keinem Zweifel, daß man einem Menschen gegenstand, der seit langem eine Doppelnatur hatte. Bald war er „der beste Mensch von der Welt", bald fiel er durch sonderbares Wesen, Roheiten, Trunkexzesse auf. Mehrfach wurden Vorgänge berichtet, für die er nachträglich Amnesie gehabt haben sollte. Der Wechsel in seinem Verhalten, interkurrente depressive Phasen, Zeiten der Erregung und solche, in denen er den Eindruck des verläßlichen Menschen machte und jedermann ihn gern sah, alles das berechtigte, in L. einen nervösen Menschen mit starken periodischen Schwankungen zu sehen, bei dem die Möglichkeit des Auftretens von Zuständen, auf die der § 51 anzuwenden sei, ohne weiteres schon nach diesen Erhebungen zugegeben werden mußte.

Die körperliche Untersuchung des während der ganzen Zeit der Beobachtung den Eindruck eines völlig gebrochenen Mannes machenden Angeklagten ergab morphologisch eine auffällige Protzusion des rechten Bulbus, leichten Tremor der Finger, leicht gesteigerte Patellarreflexe, träge Pupillenreaktion, Nystagmus, Abweichen der Zunge nach rechts, aber keine Bißnarben. Abnorm starkes vasomotorisches Nachröten, Herabsetzung des Hörvermögens, leichte Albuminurie, beständige Vermehrung der Pulsfrequenz zwischen 90 und 120.

L. wurde in die Untersuchungshaft zurückgenommen, und wäre auf Grund des über ihn erstatteten Gutachtens wohl mit größester Wahrscheinlichkeit freigesprochen, hätte er nicht durch Selbstmord seinem Leben ein Ende gesetzt.

Zu bemerken ist, daß ärztlicherseits vor der Zurückführung in das Untersuchungsgefängnis gewarnt und auf die Selbstmordgefahr hingewiesen war.

Daß, wie zu allen Verbrechen überhaupt, so auch zum Sittendelikt die Gruppe der psychopathisch Veranlagten, ein großes Kontingent stellt, bedarf kaum der Betonung. Eine erhebliche Anzahl der gegen den § 175 sich vergehenden Personen ist hierher zu zählen, das unterliegt kaum einem Zweifel. Darum aber in jedem Falle von Vergehen gegen diesen Paragraphen oder einem anderen von unwiderstehlichen und darum entschuldbaren Trieben zu sprechen, ist nicht gerechtfertigt. Es bedarf in allen Fällen sexueller Straftaten durch Psychopathen einer sorgfältigen Analyse der ganzen Persönlichkeit, und nur der Nachweis intellektuellen Defektes oder transitorischer Bewußtseinsveränderungen während der Tat darf bestimmen, sie zu exkulpieren. Wohingegen allerdings stets ihre Anlage berücksichtigt werden sollte durch mildere Strafe, was aber wohlgemerkt keineswegs gleichbedeutend zu sein braucht mit kürzerer Dauer einer Freiheitsentziehung.

Unter den Psychopathen und Dégénérés sind, das ist hinreichend bekannt, eine Unmenge Personen mit Perversitäten des Geschlechtslebens, die förmlich habituell eine Form der Betätigung wählen, welche für die Öffentlichkeit beleidigend ist trotz ihrer oft relativen Harmlosigkeit, und ebenfalls geradezu unausrottbar sich darstellt und immer wieder zu Konflikten Anlaß gibt. Ich habe einen hierhin gehörigen Menschen 1903 zu begutachten gehabt, bei dem man wohl von einem unwiderstehlichen Trieb reden kann. Zur Zeit ist er gerade wieder in F. in Untersuchungshaft wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses (§ 183), d. h. er hat im belebten Wartesaal des Bahnhofes den Penis frei herumgetragen, in einem Raum, in welchem er sofort alles gegen sich in Aufruhr bringen mußte, in welchem Flucht ausgeschlossen war, ein Beweis der Unwiderstehlichkeit des Triebes.

Der Mann hieß B. Er war im Februar 1903 in G. Knecht und Wagenführer, und verging sich eines Tages an einem kleineren Mädchen, indem er ihm unter die Röcke griff. Am nächsten Tage verhaftet entläuft er und begeht vor der Stadt abermals einen spielerischen Angriff auf eine Zwölfjährige. Gleichwohl kehrt er in seine Behausung zurück, wird inhaftiert, und nun stellt sich heraus, daß er schon mehrfach aus gleichem Anlaß kriminell geworden war. Und zwar war er,

ebenfalls wegen Manipulationen an Minderjährigen schon einmal zu mehreren Jahren Zuchthaus verurteilt. — Seine Jugendentwicklung (er war vom Lande) war eine normale. Er war an Intelligenz den andern voraus, mäßig hereditär belastet, dabei eine stille Natur. — Mit 22 kam er zum Militär, wurde aber aus körperlichen Gründen entlassen, ging wieder in sein Dorf zurück und heiratete. Er sollte nach Angaben der Frau weder lüstern, noch pervers sich gezeigt, auch nicht etwa an Impotenz gelitten haben.

Bald nach der Eheschließung trifft er eines Tages spielende Mädchen vor dem Nachbardorf und beginnt unsittliche Spielereien, indem er sie sich breitbeinig aufstellen läßt, den Kopf unter ihre Röcke steckt, sie betastet. — Er wird unter Anklage gestellt, und es ergibt sich, daß er auch früher schon einmal sich in gleicher Art sehr verdächtig gemacht hat.

In der Untersuchungshaft kommt es zu eigentümlichen Erregungen, die zum Teil als Simulation aufgefaßt werden, dann aber auch wieder als Delirium tremens. Mit Rücksicht auf eine Pupillendifferenz äußert ein Gefängnisarzt sogar Paralyseverdacht.

Es lag somit Grund zur vorsichtigen Behandlung vor; ja, man faßte B. sogar als geisteskrank auf, ohne daß sein Strafverfahren erledigt gewesen wäre, und internierte ihn. Drei Monate blieb er in einer Anstalt, dann entließ man ihn in die Heimat, und sprach sich gegenüber der Behörde aus: die Möglichkeit transitorischer Störungen in der Untersuchungshaft sei nicht ausgeschlossen, er habe aber sicher vieles hinzusimuliert. Es liege kein Grund vor, ihm den Schutz des § 51 zu gewähren, da für die Zeit der Straftaten ein den Bedingungen des letzteren entsprechender Geisteszustand nicht bestanden haben dürfte.

Ehe noch die Staatsanwaltschaft ihre Hand abermals auf den daheim Lebenden legen konnte, beging er am 31. Mai 1895 wieder ein Sittlichkeitsdelikt. Er war als Landarbeiter bei einem Wirt in einem Nachbardorf tätig und schlief im Hause desselben. Abends ruft er die elfjährige Tochter zu sich, erzählt ihr allerhand sonderbare Dinge, er habe ein Geschwür am Körper, das er nicht allein verbinden könne, sie solle ihm helfen. Dann entkleidet er sich bis aufs Hemd, läßt sich von dem Kinde betasten und gibt ihm schließlich den Penis in die Hand. — Nachdem das sich ängstigende Kind fort ist, geht er flüchtig angekleidet noch unter dem Vorwande aus, er müsse zum Arzte. Heimkommend wird er mit Vorwürfen empfangen, da inzwischen das Kind geplaudert hatte. Er wird heftig erregt, soll sich dann im Dunkeln auf der Straße nach der Angabe der einen halb, der andern bis aufs Hemde entkleidet und „wie toll" gebärdet haben, läuft wieder fort, pocht tief in der Nacht noch einmal an und hat sich dann im freien ausgeschlafen. Unter einem Baume liegend will er am anderen Morgen zu sich gekommen sein. Die Straftat war ihm angeblich nicht erinnerlich.

Am 30. Juni 1895 wieder in Haft genommen, verfällt er gegen den 5. Juli abermals in höchst absonderliche Zustände. Der Gerichtsarzt spricht von Stupor, motorischer Hemmung und Erschlaffung der Muskulatur, völliger Anästhesie und Mutismus. Der beobachtende Kreisphysikus konstatierte in sehr dankenswerter Weise, weil damit die Möglichkeit des Ausschlusses der Simulation gegeben ist, ganz enorme Pulsfrequenzschwankungen. Der Puls ging bisweilen bis auf 45 herunter, um dann „mitunter ganz plötzlich bis zu 140 pro Minute" hinaufzuschnellen, ohne daß eine nachweisbare äußere Veranlassung vorlag. B. verriet, wie der beobachtende Arzt sich ausdrückte, durch Nichts den Simulanten.

Abermals kam er, nun auf Grund des § 81, am 19. Juli 1895 in die Irrenanstalt. Das Gutachten dieser berichtet, daß er anfangs förmlich den Anblick des Melancholikers bot, nicht beim Anreden reagierte, einen traurigen physiognomischen

Ausdruck zeigte. Beständig habe er am gleichen Platze gesessen. Jedenfalls ließ er also einen auffälligen Mangel an geistiger Regsamkeit erkennen, der sehr gut zu allem Vorangegangenen paßte. — Der körperliche Status verzeichnet Reflexsteigerungen, ein sehr verfeinertes Tastgefühl, andauernd vermehrte Pulsfrequenz, über 100, Fingertremor. B. wollte oft „zwitschern“ in den Ohren hören, auch werde ihm „schweig“ zugerufen. Eines Tages sprang er, ein kleines Mädchen draußen erblickend, impulsiv ans Fenster, zog den Penis hervor und masturbierte, ein Akt, für den er hernach amnestisch sein wollte.

Als Simulation legte man es ihm aus, wenn er z. B. Fragen wie zwei mal zwei nicht beantworten können wollte, oder wenn er sich als unverheiratet bezeichnete, in seiner Heimat zu sein behauptete, den täglich ihn versorgenden Wärter nicht zu kennen vorgab. Die Sinnlosigkeit solcher Antworten zwischen anderen richtigen und zutreffenden fiel anscheinend nicht auf, obwohl der Gedanke an spielerisches Danebenreden (Sommers Paralogie, Ganserschen Symptom) nahe lag. Wieder gab B. an, daß er früher an Bewußtseinstrübungen gelitten habe, während er Bettnässen und Krampfanfälle negierte, obschon hier bei wirklich vorhandener Simulationsabsicht positive Angaben eigentlich eher hätten erwartet werden sollen.

Das Endresultat war die Bejahung der Zurechnungsfähigkeit. B. sei, vielleicht auf dem Boden erblicher Belastung, sexuell eigenartig angelegt, mit abnormen geschlechtlichen Neigungen behaftet, aber Seelenstörung habe sich nicht feststellen lassen. Epilepsie schloß man aus, da Sekundärerscheinungen dieser Neurose, Intelligenzabnahme sich in keiner Weise zeigten.

So ging er am 1. September 1895 abermals in die Untersuchungshaft zurück, wurde aber am 14. Oktober schon wieder „wegen Nervenzuckungen“ in ein Krankenhaus gebracht, aus dem er wenige Tage später entwich, um in seine Heimat zu gehen und von dort selbst dem leitenden Arzte mitzuteilen, er komme in ein paar Tagen wieder. Nachdem ihn nochmals der Gerichtsarzt für einen Simulanten erklärt, wird er am 18. November 1895 trotz eigentümlichen Gebahrens bei der Verhandlung (erschien verwirrt, redete unverständlich von „asiatischen und afrikanischen Zuständen“) zu drei Jahren Zuchthaus verurteilt.

Er trat seine Strafe an und war über zwei Jahre anscheinend geistesgesund. Verschiedentlich trafen ihn Disziplinarstrafen wegen Trägheit, Unsauberkeit, Unbotmäßigkeit, ohne daß sich feststellen läßt, ob nicht vielleicht zeitweilig Zustände von Hemmungen oder leichter Erreglichkeit hier hätten entschuldigend angeführt werden können.

Im Januar 1898 nimmt nun aber das Bild eine ganz neue, eigenartige Färbung an, es tauchen religiöse Wahnideen auf, B. nennt sich mit eigentümlichem Anklang an seinen Vor- und Nachnamen „Apostel Johannes“, redet und schreibt von seinem Apostelamte, stellt sich als den Verfolgten und durch Trübsal Geläuterten hin, dem man Gift habe geben wollen usw.

Da er dabei harmlos erschien, so behielt man ihn in der Anstalt und entließ ihn im November 1898 in seine Heimat. Aber schon am 4. März 1899 ist er abermals in Haft, diesmal wegen echt exhibitionistischer Handlungen, Erscheinen vor Frauen mit entblößten Genitalien. Dem Untersuchungsrichter gegenüber nennt er sich „Apostel Johannes“, er sei nicht geboren, habe weder Vater noch Mutter, wohl aber eine Frau und Tochter. Seine Unterschrift unter dem Vernehmungsprotokoll „hl. Johannes“ läßt deutlichen Fingertremor erkennen.

Man könnte, speziell wenn man die Ansicht teilte, daß B. früher zu simulieren suchte, geneigt sein, nun erst recht diesen Standpunkt zu vertreten. Allein ehe er noch wieder kriminell geworden war, verhielt er sich genau so in bezug auf seine Apostelschaft, wie nun vor Gericht. Aus den vorangehenden Monaten

liegen Briefe vor an seine Eltern, voll religiösen Schwulstes, er sei nicht ihr Sohn, lebe „in der Verwandlung und Wiedergeburt“, sei ehedem der verstorbene Pfarrer des Ortes gewesen und besitze eine Tochter. Das jüngste Gericht sei nahe und nur bei ihm Seligkeit zu finden usw. In gleichem Sinne hatte B. zahlreiche Briefe an den Bürgermeister seines Heimatsortes geschrieben.

Abermals schickte ihn der gleiche Gerichtsarzt, wieder geneigt Simulation bei ihm anzunehmen, in die gleiche Anstalt, die ihn 1895 aufgenommen. Und diesmal behandelte letztere die Frage der Verantwortlichkeit wesentlich einfacher, obwohl nicht zutreffend, wie der ganze weitere Verlauf lehrte. Es hieß, daß es sich um einen ganz klaren Fall von Paranoia handle, „die sich während des Strafvollzuges entwickelt habe und nun in durchaus eindeutigem Krankheitsbilde sich präsentiere“.

Allerdings bot B. so systematisierte Wahnideen, wie sie sorgfältiger ausgebaut kein Paranoiker bieten kann. Er dentete seine gesamten Lebensschicksale im Sinne des Wahnes um, Stimmen sollten ihn zuerst auf seine hohe Mission verwiesen haben, seine Abstammung wurde beanstandet. Der Teufel habe ihn seine Delikte ausführen lassen, um ihn zu prüfen. Durch die erlittene Strafe habe er die Menschheit erlöst u. dgl. Alle Delikte wurden wahnhaft entschuldigt: er könne nicht sündigen, das fleischliche gehöre ihm nicht an. Die Mädchen hätten Sünde und der Teufel habe ihn verleitet, damit die Sünde von diesen auf ihn übergehe usw.

So gelangte er nun, außer Verfolgung gesetzt, nach Einstellung des Verfahrens in die Irrenpflegeanstalt, allein kaum 14 Tage nach der Ankunft unterzeichnet er sich wieder mit richtigem Namen, stellt seine Apostelschaft in Abrede, er sei zur Erkenntnis gelangt, daß das Unsinn sei. Gleichzeitig beginnt er, Wiederaufnahme seines Verfahrens anzustreben (anscheinend weil er in der Irrenanstalt nicht bleiben mochte) unter heftigen Protesten gegen die Ärzte, die ihn für verrückt erklärt hätten, um ihn von Strafe zu befreien, produziert daneben aber noch recht eigentümliche Schriftstücke, in denen davon geredet wird, daß die von ihm angegriffenen Kinder „von ihrer eigenen Sünde angetastet“ seien. „Dieses erklärt sich“, heißt es da einmal, „in der Geisteskrankheit, wo die Sünde der Kranken auf den Wärter übergeht. Die Nerven des Wärters werden so stark angegriffen, daß er sich nicht mehr helfen kann, denn allein dadurch, daß er in manchen Fällen kräftig drein schlägt. Wenn dieses geschehen ist, so spürt ein Wärter ganz genau, daß er dazu gezwungen worden ist. Denn der Kranke ist vom Wärter nicht, sondern von seiner eigenen Sünde geschlagen“.

B. hatte indessen mit seinen Remonstrationen keinen Erfolg, er mußte in der Anstalt bleiben, ein relativ harmloses Objekt der Pflege darstellend, und hatte ziemliche Bewegungsfreiheit. Abermals beging er nun innerhalb der Anstalt im Sommer 1900 einen Angriff auf das Töchterchen eines Angestellten, wurde aber dabei ertappt und von nun an strenger interniert. Seine Abneigung gegen die Anstaltspflege veranlaßte ihn, Februar 1901, in der strengsten Jahreszeit, zu entweichen. Die Flucht gelang, er kam nach M., 150 km von der Anstalt entfernt, und fand hier Arbeit und guten Verdienst. Erst im September gelang es, seiner wieder habhaft zu werden, wesentlich auf Grund eines von ihm an die Staatsanwaltschaft gerichteten Schreibens, in dem er um Wiederaufnahme seines Verfahrens bat. — Abermals war er ein Jahr lang Anstaltspflegling, dann entließ man ihn trotz seiner Antezedentien versuchsweise, er wurde Knecht in G., um dann nach einem halben Jahre abermals in der eingangs erwähnten, für ihn geradezu charakteristischen Weise kriminell zu werden.

Er verhielt sich während der nun also veranlaßten Beobachtung durchaus sozial, freundlich, entgegenkommend. Weder Krampfanfälle noch

Bewußtseinsstörungen ereigneten sich. Nie bot er auf Simulation verdächtige Züge. Wahnbildung im Sinne der Apostelschaft bestand nicht, A. berichtete, daß er zwar früher von seiner hohen Mission überzeugt gewesen sei, indessen sehe er nun ein, daß alles nicht zutreffe.

Morphologisch bot er bis auf einen etwas verbreiterten Nasenrücken und angewachsenen Ohrläppchen nichts. Die Sexualorgane zeigten normalen Bau. Schädelnarben, Zungenbisse fehlten.

Vom körperlichen Befund seien nur die nervösen Symptome genannt: Differenz der Pupillen, stark wechselnd, bei stets erhaltener Reaktion. Andauernd zu beobachtende Steigerung der Reflexe und der mechanischen Muskelerregbarkeit. Feinschlägiger Fingertremor von wechselnder Intensität. Ständig vermehrte Pulsfrequenz bis zu 100. Vermehrte Schweißsekretion. Allgemeine Hypersensibilität der gesamten Körperoberfläche.

An manchen Tagen fühlte P. sich sehr müde, klagte über Schmerzen der Körperoberfläche, die ihm vorkomme „wie eine Wunde“. Die Stimmung war gleichmäßig, nur ab und zu leicht deprimiert, nicht so sehr infolge Befürchtungen, als vielmehr wegen dieser schmerzhaften Empfindungen. Speziell wollte er das elektrische Licht schmerzlich empfinden.

Prüfungen seiner Intelligenz ergaben eine Summe von Kenntnissen, nach der zu urteilen B. den Durchschnitt seiner Altersgenossen aus gleichen Verhältnissen entschieden übertraf. Bei Unterhaltungen über ethische Dinge, Rechte und Pflichten des Einzelwesens im Rahmen der Gesamtheit etc. zeigte er sich wohlorientiert. Nie prägte sich in seinen Antworten eine frivole oder rohe Anschauung aus. Auch sein Urteilsvermögen und seine Beobachtungsgabe waren gut zu nennen.

Es war ihm sichtlich peinlich, über seine Straftaten befragt zu werden, ließ er sich dazu herbei, so waren seine Angaben aber derartig exakt bis ins Einzelne, daß man die Annahme, es könnten bei denselben Bewußtseinstrübungen in Frage kommen, fahren lassen mußte. Er wollte immer unter einem eigentümlichen, plötzlich auftretenden „seelischen Druck“ gehandelt haben, dann habe er dem Trieb zur Betastung von Kindern nicht widerstehen können. Das Gefühl sexueller Befriedigung wollte er nicht gehabt haben. Hernach seien ihm sofort Reue, Beschämung und tiefer Kummer aufgestiegen, daß er wieder dem Triebe erlegen sei.

Erwog man mit ihm seine Zukunft, so war er auffällig indifferent, nur bat er, ihn nicht in die Irrenpflegeanstalt zurückzubringen, es sei ihm zu laut daselbst. Wegen des Lärms der daselbst untergebrachten, meist unheilbaren Kranken sei er auch entwichen. Er habe das Geschrei nicht mehr ertragen können. Diese Angabe erfährt eine Stütze dadurch, daß er gerade zur schärfsten Winterzeit, in einem abnorm strengen Winter, entwich, was er zu anderer Jahreszeit mit erheblich geringeren Beschwerden hätte ausführen können.

Nach allem war B. als schwerer Psychopath aufzufassen, der zweifellos an transitorischen Geistesstörungen gelitten hatte und auch in den Zwischenzeiten reich an abnormen Zügen war. Es handelte sich anscheinend bei ihm um periodisch einsetzende Phasen psychischen Unbehagens, allgemeinen Beklemmungsgefühls und innerer Unruhe, in denen es zu den inkriminierten, triebartigen Handlungen kommt. Er weiß recht wohl, wie verhängnisvoll sein Tun für ihn wird, daß er sich schwerer Strafe aussetzt (einmal hat er geschrieben: „während der Tat wußte ich genau, daß ich dieses nicht tun durfte“), aber er vermag in solchen Augenblicken dem Trieb nicht die nötige Hemmung entgegenzusetzen, derselbe ist eben unwiderstehlich, was auch dadurch bewiesen wird, daß er bei den letzten Straftaten, kaum der Verhaftung entgangen, sofort fast unmittelbar das gleiche Delikt wiederholte.

Daß bei solcher Sachlage es aussichtslos ist, wollte man durch Strafen ab-

schreckend auf den Täter wirken und ihn dadurch bestimmen, seine Hemmungen intensiver anzuspannen, liegt auf der Hand.

Ebensosehr liegt es aber auf der Hand, daß ein so veranlagter Mensch, nachdem er immer wieder unter pathologischen Einflüssen in der gleichen Weise kriminell geworden ist, unter dauernde Überwachung gehört, wie sie nur durch Unterbringung in einer Irren- oder Epileptikeranstalt ihm verschafft werden kann.

Das Verfahren wurde demnach eingestellt und B. auf Grund des Gutachtens in eine Irrenanstalt verbracht, da sich die Behörde der Ansicht anschloß, daß seine Freilassung einer Gefährdung der öffentlichen Sicherheit gleichkomme. Aus der Anstalt entwich er nach vier Monaten, abermals im Winter, wieder also grade zu einer Jahreszeit, in der die Existenzbedingungen für ihn draußen die denkbar schwierigsten waren. Er vagierte mehrere Monate in Süddeutschland, kam dann ruhig zur Polizei in G., dem Tatort seiner beiden letzten Vergehen, um seine noch daselbst vermuteten Utensilien zu erbitten und wurde wieder in die Anstalt zurückverbracht. Die nervösen Symptome bestanden weiter.

Aus einer hessischen Irrenanstalt der Pflegeanstalt seines Heimatlandes übergeben, in welche man ihn einige Jahre zuvor als Paranoiker aufgenommen hatte, erging es ihm nun folgendermaßen: Er entwich wiederholt, hielt sich einmal sogar vier Monate verborgen, wurde aber stets zurückgeführt. Inzwischen hatte er jedoch die Aufhebung seiner früher wegen chronischer Paranoia ausgesprochenen Entmündigung beantragt und hatte hiermit sogar schließlich Erfolg, nachdem die Direktion der Anstalt, welche ihn wegen seiner Gefährlichkeit für die Öffentlichkeit als weiter internierungsbedürftig erachtete, sich andrerseits doch dahin aussprach, daß er „nicht mehr an Paranoia leide, wie sie zur Zeit des Entmündigungsgutachtens bestanden habe und zur Wahrnehmung seiner Angelegenheiten fähig erscheine".

Solange er in der Anstalt lebte, hatte es allerdings wenig Wert, daß B. einen Vormund besaß, denn Vermögen war nicht zu verwalten. Wäre ihm aber ein solcher bestellt gewesen, so wäre der Öffentlichkeit doch wenigstens ein Schein von Garantie gegeben worden (zumal wenn es sich um einen einsichtigen Vormund gehandelt hätte), als B. nun im April 1906 auf Befürwortung der Anstaltsleitung hin abermals probeweise entlassen wurde. Herr seiner Handlungen begab er sich sofort in die nächste Großstadt, und hier befindet er sich zur Zeit der Niederschrift dieses Aufsatzes abermals in Untersuchungshaft wegen des eingangs erwähnten Deliktes.

Aus der psychologischen Analyse des Mannes war mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf den Rückfall zu schließen. Man kann geneigt sein, den der Rechtspraxis von so manchem gemachten Vorwurf, daß sie immer wieder habituelle Sittlichkeitsverbrecher in die Öffentlichkeit entlasse, in diesem Falle auch gegen den Psychiater zu erheben, muß sich aber in des letzteren Situation versetzen, um seine Anordnung der Entlassung verstehen zu können, nachdem die Entmündigung aufgehoben war.

Die Kasuistik der Fälle, in denen es sich um Psychopathen mit förmlich zwangsmäßig auftretenden Entäußerungen eines abnorm starken und abnorm gerichteten Sexualtriebes handelt, ist eine außerordentlich umfangreiche. Werfen wir noch einen Blick auf den senilen Sittlichkeitsverbrecher.

Ob im Alter der Geschlechtstrieb wieder aufflammt, die Begehrlichkeit wieder wach wird und nach einer Betätigung sucht, oder ob es sich um Individuen handelt, die von jeher sexuell erreglich waren und bei denen die Entäußerung des Triebes sich aus der Reduktion des Überlegungsvermögens erklärt, das zu erwägen hat keinen Zweck. Tatsache ist, daß in jedem Jahre man so und so viele Male das traurige Faktum lesen kann, daß Greise wegen unsittlicher Manipulationen coram publico oder wegen Angriffes auf die Geschlechtsehre, speziell wegen Attacken auf Kinder unter Anklage gestellt und auch verurteilt werden. Das ist oft um so trauriger, weil es sich in zahlreichen Fällen um unvorbestrafte Individuen aus ehrenwerten Familien handelt.

Generelles läßt sich in bezug auf die Anwendung des § 51 in diesen Fällen nicht sagen. Aber das darf gefordert werden, daß jeder Fall von Sittlichkeitsverbrechen im höheren Lebensalter psychiatrischer Prüfung unterbreitet und eingehend nach längerer Anstaltsbeobachtung gesichtet wird, nicht nach kurzer Exploration im Untersuchungsgefängnis. Die gesamte Verfassung der Persönlichkeit will in solchen Fällen klargestellt sein, umfassende Intelligenzprüfungen sind vorzunehmen, die Summe aller Beziehungen des Angeschuldigten während seiner letzten Lebensjahre will berücksichtigt sein, es muß untersucht werden, wie es um die für den Beginn pathologischer seniler Involution charakteristischen Veränderungen der Merkfähigkeit, des Assoziationsvermögens etc. bestellt ist. — Das sind Aufgaben, welche die Begutachtung in solchen Fällen zu einer schwierigen und zeitraubenden machen.

Besondere Beachtung beansprucht auch in solchen Fällen mehr wie irgendwo die Frage, ob Alkoholgenuß voranging, und ihre Bejahung sollte, zumal wenn ein makelloses Vorleben besteht und der Eintritt in das Senium unzweifelhaft bereits erfolgt ist, exkulpierende Kraft haben.

Ich kann keinen kasuistischen Beitrag zum senilen Sittendelikt bringen, da mir in 13 jähriger psychiatrischer Tätigkeit keiner zur Begutachtung vorgelegen hat. Ob das Zufallserscheinung ist, vermag ich nicht zu sagen.

Eine weitere, aber kleine Gruppe stellen die Initialstadien geistiger Störungen. Daß Paralytiker oftmals, bevor sie anstaltsbedürftig werden, zu sexuellen Ausschweifungen aller Art neigen, ist hinreichend bekannt. Meist ist dann der Verfall der ganzen Persönlichkeit doch schon ein so charakteristischer, daß Zweifel sofort auftauchen. Wir haben jedenfalls noch keinen Paralytiker verpflegt, der wegen Sittendelikts in Untersuchung gezogen war. Auch wenn es bei Paralytikern zu scheinbar exhibitionistischen Handlungen kommt (Entblößungen ohne alle Scheu beim Urinieren, Demonstration der Genitalien

infolge ungenügenden Kleiderverschlusses usw.), so wird die Natnr des Kranken wohl baldigst klargestellt.

Sehr oft pflegt *in den Anfängen der degenerativen Geistesstörnngen* des zweiten und dritten Lebensjahrzehntes ein starkes sexuelles Moment mitznspielen, das zn Konflikten führen kann. Wir haben im Vorjahr einen Fall etappenweise verlaufenden primären Schwachsinns verpflegt (Sohn einer geisteskranken Anstaltsinsassin nnd vermutlich eines Anstaltspfleglings oder eines Wärters), der im Beginn der Störung in verschiedene Kuhställe ging und sich in spezifischer Weise an den Tieren verging. In diesem Falle waren die anderweitigen Symptome geistiger Störung, aggressives Wesen, ruhestörendes Lärmen, so ausgeprägter Natnr, daß sofortige Internierung nötig wurde und niemand an der Geistesstörung zweifelte. Es gibt indessen Fälle, in denen das Verhalten des Kranken sonst noch ein relativ geordnetes ist, so daß die Möglichkeit der Einleitung eines Strafverfahrens besteht.

Weiter können wir Vergehungen erleben bei *Paranoikern.* So haben wir 1896 einen Lehrer verpflegt, der auf Grund paranoischer Ideen und imperativer Sinnestäuschungen ein zwölfjähriges Mädchen zn mißbrauchen versuchte, ferner einen zweiten Lehrer, der unsittliche Handlungen an Schülerinnen aus hypochondrischen Wahnideen motivierte. — Dabei sei erwähnt, daß gelegentlich auch *ans Aberglauben* Sittendelikte herzuleiten sind. Es ist ein Glaube vielfach zu finden, daß man durch den Verkehr mit Minderjährigen nnd unberührten Kindern sich von Geschlechtskrankheiten kurieren könne. Selbst in unserer Zeit spielt eine solche finstere Anschauung noch bisweilen eine Rolle nnd schädigt die Opfer dann natürlich doppelt.

*Von weiterer Kasuistik sei abgesehen* nnd nunmehr ein Blick auf die *Prophylaxe* geworfen. Die Konstatierung der beständigen Zunahme der Sittendelikte drängt natürlich die Frage auf: Wenn man auf Grund der Feststellung fehlender Verantwortlichkeit so manchen, der sich verging, unter den Schutz des § 51 stellen will, was kann andererseits geschehen, um die Öffentlichkeit vor ihm zu schützen? — Ganz aus der Welt schaffen werden wir Sittlichkeitsverbrechen niemals, immer wird es Menschen geben, die ihrer Sinnlichkeit, ihren momentanen geschlechtlichen Erregungen keine oder nur ungenügende sittliche Erwägungen entgegenznsetzen vermögen, bei denen die Libido jede hemmende Schranke des Gesetzes niederreißt, die auf Grund ihrer Anlage unter bestimmten Umständen des *Milieus* einem auf sie einwirkenden Reiz erliegen müssen. Aber gerade *die andere Hälfte,* die auf Grund pathologischer Veranlagung sich vergeht, können wir in mancher Hinsicht ausschalten.

*Die psychiatrische Aufgabe ist hier eine dreifache:* Wir haben erstens dafür zu sorgen, daß die große Menge der

auf Grund ihrer Anlage zum Sittendelikt besonders Veranlagten, die sich in der Öffentlichkeit unter den Gesunden bewegen, hinreichend *beaufsichtigt* wird. In diesem Punkte deckt sich die *Prophylaxe der Sittlichkeitsverbrechen* mit der Prophylaxe des Verbrechens überhaupt. — Darüber besteht kein Zweifel, daß unsere *Fürsorge für Idioten und Imbezille und Epileptiker* und auch für die *Alkoholkranken* eine völlig *ungenügende* ist. Jeder Fall nach Analogie des Falles *Tesnow* ist ein Vorwurf für die Gesellschaft, die in ihren Maßnahmen für diese Gruppen von Defekten ein zu langsames Tempo einhält.

Die Zahl der zur selbständigen Lebensführung Unfähigen und dabei ungenügend Beaufsichtigten ist im Anwachsen begriffen. Wenn wir genügend *Idiotenanstalten* hätten, so mancher Idiot fände keine Gelegenheit, an Minderjährigen sich zu vergehen. Wenn wir genügend *Epileptikeranstalten* hätten, würde so manches Element aus der Öffentlichkeit scheiden, das ihr jederzeit zur Gefahr werden kann. — Wenn wir vorsorgend den dem Alkoholismus Verfallenden auf Grund einer *verbesserten Gesetzgebung* rechtzeitig dem Heilzweck reklamieren könnten, so mancher sittliche Niedergang bis zu der Tiefe, daß selbst das eigene Fleisch und Blut nicht geschont wird, würde verhindert werden können!

Jede Aufklärung der Menge über die Gefahr, welche der Alkoholmißbrauch in dieser Hinsicht hat, welche ferner das Milieu in sich schließen kann (denken wir an die Betrauung greiser Persönlichkeiten mit Kinderaufsicht), hat einen gewissen, wenn auch vielleicht zunächst gering erscheinenden prophylaktischen Wert. — Leider gilt aber auf fast allen Gebieten im Leben der Satz, daß man den Brunnen erst zudeckt, wenn das Kind hineingefallen ist. So auch hier! — Auch die unter *psychopathologischem Gesichtswinkel* zu betrachtenden Sittlichkeitsverbrecher werden wir oftmals erst als solche erkennen, wenn die verhängnisvolle Tat geschehen ist; und hier beginnt unsere *zweite Aufgabe*: dafür zu sorgen, daß sie erkannt und nicht nach den für den Gesunden bestimmten Normen des Strafgesetzes behandelt werden.

Nun ist wohl von manchen Seiten schon gesagt worden, der Untersuchungsrichter solle *in allen Fällen* von Sittlichkeitsverbrechen den psychiatrischen Arzt hinzuziehen. Das mag ja zweckmäßig sein, aber solche zu weitgehende Wünsche (Aschaffenburg fordert, daß kein Sittlichkeitsverbrecher bestraft werden dürfe, bevor seine geistige Gesundheit erwiesen sei) haben leicht das Resultat, daß das Entgegenkommen auf jener Seite gänzlich ausgeschaltet wird. — Es ist entschieden aussichtsvoller, wenn man nicht mit generellen Forderungen auftritt, sondern in erster Linie diejenigen Momente namhaft

macht, welche *unbedingt* Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit anregen müssen. — Hier ist zunächst die Wichtigkeit einer *Prüfung der Hereditätsfrage* zu betonen. Es sollte der Untersuchungsrichter von jedem Sittenverbrecher einen *Stammbaum* sich anlegen, soweit es ihm möglich ist. Wenn er den Täter in Deszendenz, Aszendenz und Seitenlinien stark belastet findet, so rechtfertigt das gewiß eine genauere Prüfung seines Lebensganges und seiner Persönlichkeit. — Weiter ist unbedingt jeder Fall von *Bestialität*, von Vergehungen mit Tieren, suspekt sowie ein Angriff auf *weibliche Personen höheren Alters*. Wenn beispielsweise ein 25 jähriger Mensch einen Notzuchtsakt gegen eine 75 jährige Alte verübt, wie es in einem meiner Fälle geschah, so ist das Grund genug, seinen normalen Verstand anzuzweifeln. Der Begutachtung bedürfen weiter alle Fälle *wiederholten* Sittendeliktes, ferner alle Fälle, in denen als Täter bisher unbestrafte Persönlichkeiten an der Schwelle des *Greisenalters* in Betracht kommen, und alle endlich, bei denen ein Verdacht auf *epileptische Veranlagung* des Täters aufgetaucht ist, oder bei denen eine auffällige Häufung impulsiver Entäußerungen des Geschlechtstriebes zu konstatieren ist.

Wer nach tadellosem Vorleben in reiferem Alter, vielleicht erwiesenermaßen nach Alkoholgenuß, kriminell wurde, der ist stets auf eine pathologische Beschaffenheit zur Zeit der Tat verdächtig, und auch in scheinbar einfach gelagerten Fällen dieser Art sollten Anträge der Verteidigung auf psychiatrische Untersuchung nicht Ablehnung finden, wie es in einem der berührten Fälle geschah mit der Motivierung: „daß das Gericht der Hilfe des Psychiaters nicht bedürfe, da es auf Grund seiner eigenen Wahrnehmungen und eigener Wissenschaft in Verbindung mit dem Gutachten des Kreisarztes selbst in der Lage sei, den geistigen Zustand des Angeklagten zu beurteilen".

Die Pflicht sorgfältigster Untersuchung solcher Fälle, in denen ev. der Sachverständige zur Zuwilligung des § 51 oder zu einem non liquet zugunsten des Angeklagten kommen könnte, ist auch aus *dem Umstande* herzuleiten, daß so oft eine Verurteilung die allerschwersten *Folgen für die Familie* hat, sowohl in bezug auf die gesellschaftliche Schätzung als auch oftmals in pekuniärer Hinsicht. Verurteilung hat beim Beamten, beispielsweise dem Lehrer, Entlassung zur Folge, und die Familie ist hilflos, wenn sie nicht private Subsistenzmittel besitzt. Freispruch zieht vielleicht die *Pensionierung* nach sich und reduziert damit die Einkünfte, aber die Familie ist damit doch vor äußerster Not bewahrt. — Es sind Fälle vorgekommen, in denen z. T. aus solchen Gründen nach Selbstmorden verurteilter Sittlichkeitsverbrecher im Strafvollzug Angehörige eine Wiederaufnahme des Verfahrens mit Erfolg anstrebten. — Es ist auch schon vorgekommen, daß Verurteilte,

um ihrer Familie die Reliktenversorgung zu erhalten, die ihr dann aus formalen Gründen nicht vorenthalten werden konnte, nach der Verhandlung mit einem gewissen Heroismus Hand an sich legten und ihrem Leben ein Ziel setzten. Wenn ich nicht irre, so spielte dies bei einem, man darf wohl vom menschlichen Standpunkte sagen bedauernswerten Manne in hervorragender Stellung, der vor zwei Jahren in Darmstadt wegen homosexueller Handlungen verurteilt wurde, eine Rolle.

Die manchmal wohl vertretene Ansicht, daß es egal sei, ob jemand in einen milden Strafvollzug gelange oder auf eine Weile der Irrenanstalt übergeben werde, die ihn dann doch auch wieder loslasse, ist also sehr anfechtbar.

Unsere dritte Aufgabe bezieht sich auf die Maßnahmen, welche dem exkulpierten Sittlichkeitsverbrecher, aber auch demjenigen gegenüber zu treffen sind, der schon im Urteil als defekt bezeichnet wurde oder bei dem im Strafvollzug sich ein Defekt herausstellte.

Wenn wir in einer gutachtlichen Äußerung zu dem Schlusse gekommen sind, daß jemand für eine Straftat, was immer es auch sein mag, nicht verantwortlich gemacht werden kann, weil er sie in einem Zustande von Bewußtseinsstörung oder Geisteskrankheit beging, so ist damit ja dem Buchstaben des Gesetzes nach unsre Aufgabe erfüllt. Aber unsre Beurteilung bleibt Stückwerk, wenn wir uns nicht auch darüber aussprechen, welche aus dem inneren Zustande des zu exkulpierenden Rechtbrechers herzuleitenden Maßregeln der Öffentlichkeit eine Garantie bieten, daß der Wiederholung der Straftat vorgebeugt wird.

Der deutsche Strafrichter kann nicht, wie der Richter in verschiedenen andern europäischen Staaten, sagen: „Du bist freigesprochen, aber ich lege Beschlag auf dich und sende dich zunächst in eine Anstalt“, sondern seine Kompetenz ist bekanntlich enger bemessen. Das Gefühl der Verantwortlichkeit gegenüber dem Publikum bestimmt ihn gerade deswegen vielleicht nicht selten, daß er sich über das sachverständige Gutachten hinwegsetzt und doch eine Freiheitsstrafe verhängt. Anders, wenn der Richter in der Lage wäre, sofort den Freigesprochenen auf Grund ärztlicher Ausführungen den Verwaltungsbehörden zuzuführen, die ihn zunächst dann internieren, damit alsdann in Ruhe über die fernere Gestaltung seines Lebensweges beraten und beschlossen wird. — Nun wird es zwar viele geben, die sich kurz dahin resolvieren: „Im Falle des Freispruchs gebührt es sich, daß der Freigesprochene der Irrenanstalt überwiesen wird.“ — Das ist leichter gesagt, wie praktisch durchgeführt. In erster Linie kommt natürlich die Schwere des Deliktes in Betracht, und wer sich in schwerster Weise verging, wer im Dämmerzustande Schändung und Tötung beging, der gehört selbstredend interniert für immer. Epileptikeranstalten beherbergen

so manchen über die ganze Lebensdauer, der über Jahr und Tag innerhalb ihrer Mauern sich geordnet und sozial verhält, der aber dennoch zu bleiben hat, weil er der Summe der draußen auf ihn einwirkenden Reize nicht gewachsen ist. Dahin ist auch der nachweislich epileptische Sittlichkeitsverbrecher zu rechnen, der sich in schwerster Weise verging.

Anderes aber liegt vor, wenn eine minder schwere Handlung begangen wurde, wenn es sich vielleicht nur um eine triebartig unter gelegentlichem Alkoholgenuß auftretende vereinzelte Vergehung leichterer Art gehandelt hat, deren Täter nicht dauernd geisteskrank genannt werden kann. — Wir haben in solchen Fällen auch die Aufgabe, zu erwägen, ob es nicht möglich ist, dem Gemeinwesen die eminenten Kosten zu ersparen, die mit der Internierung des vielleicht Verheirateten, minderjährige Kinder Besitzenden verbunden sind.

Einer der oben erwähnten Männer verdient jetzt (aus der Anstalt entlassen) pro Woche ca. 20 M. und ernährt die Seinen. Als er interniert war, mußte die Gemeinde pro Tag ca. 1,20 M. für ihn zahlen. Die faktischen Generalunkosten in der Landesirrenanstalt betrugen aber per Verpflegungstag ca. 3 M., ganz abgesehen von den Kosten, die eigentlich als Verzinsung des vom Staate angelegten Kapitals für den Platz, den er besetzt, ebenfalls berechnet werden sollten. Also etwa weitere 300 M. Die Familie fällt der Armenpflege zur Last. Nehmen wir an, diese zahlt nur per Tag 1 M., ein jammervoller Satz für die Familie, so macht das weitere 365 M. Das sind schon etwa 1800 M. auf Kosten der Gesellschaft. Daß unter solchen Verhältnissen der Nachwuchs ungenügend ernährt wird, kränklich und schwächlich bleibt und in absehbarer Zeit ebenfalls der Hilfe bedarf, ist leicht abzusehen. Die Mutter wird außerdem den heranwachsenden Kindern durch die Notwendigkeit des Erwerbs entzogen werden, Mangel an Aufsicht und Verführung werden ein übriges tun, um auch aus diesen hereditär Belasteten Schädlinge des gesellschaftlichen Lebens zu machen. Das sind die Kehrseiten der Internierung, und wenn wir eben können. so soll uns diese Erwägung bestimmen, den Exkulpierten doch der Freiheit wieder zu geben. Allerdings unter Kautelen.

Handelt es sich um Imbezille, so werden wir für eine Prüfung der Entmündigungsfrage zu sorgen haben. Es liegt auf der Hand. daß bei demjenigen, der zu willensschwach ist, als daß er seinen Trieben die nötige Hemmung entgegen zu setzen vermag, von einer durch diese Willensschwäche bedingten Unfähigkeit zur Wahrnehmung einer seiner wichtigsten Angelegenheiten, der ordnungsmäßigen Einreihung in die bürgerliche Gesellschaft, gesprochen werden kann. — Mit dem Vormund werden wir für einen Wohnsitz zu sorgen haben, der die Schädlichkeiten des Milieus vermeidet. innerhalb dessen es zur

Straftat kam. Den Lehrer in seine Schulklasse zurückzusenden, das wird wohl niemand empfehlen. Den Ladenbesitzer, der Kinder hinter seine Theke lockte, um sie mit Süßigkeiten zu ködern und zu betasten, dahin zurückkehren zu lassen, hat auch seine Schattenseiten. Kann man für eine der Aufgabe sich stets bewußt bleibende Aufsicht sorgen, so ist schon viel gewonnen. Solche Leute aber unbeaufsichtigt in eine Großstadt entlassen, vielleicht noch gar nach Aufhebung der zunächst verhängten Entmündigung auf Grund ihres Wohlverhaltens in der Anstalt, das ist wohl das Falscheste, was geschehen kann.

Allerdings werden wir auch hier wieder zu der bedauerlichen Konstatierung gedrängt, daß uns immer noch das Institut der Berufsvormundschaft, ausgeübt durch besonders für ihre Aufgabe vorgebildete zuverlässige Personen, fehlt, wobei noch Sommers Vorschlag erwähnt sei, der dahin zielt, insbesondere exkulpierte epileptoid veranlagte Sittlichkeitsverbrecher einer Art ärztlicher Vormundschaft zu unterstellen im Hinblick auf die Tatsache, daß oft genug das Delikt nur die Teilerscheinung einer über längere Zeit sich erstreckenden psychischen Veränderung ist, die sich eventuell hätte konstatieren und rechtzeitig behandeln lassen.

Wenn notorisch der Alkohol der agent provocateur ist, so haben solche Leute das Recht, ihn genießen zu dürfen, verwirkt. Es sollte polizeiliche Vorschriften geben, welche ihnen den Alkoholgenuß bei Strafe untersagen, ihre Angehörigen haftbar machen für neuerlichen Schaden, der aus einem mit ihrem Wissen erfolgten Alkoholgenuß erwächst, wie das schon auf Grund des B.G.B. Vormündern geschehen kann, die in der Beaufsichtigung ihrer Mündel es an der nötigen Sorgfalt fehlen lassen.

Die Erleichterung der Kontrolle derartiger Bestimmungen muß es als wünschenswert erscheinen lassen, daß der Wohnsitz auf dem Lande genommen wird.

Ähnliche Gesichtspunkte müßten auch in der Behandlung des aus dem Strafvollzuge entlassenen Sittlichkeitsverbrechers beachtet werden, ehe man ihn seiner Wege ziehen läßt. — Manche wollen ihm, zumal nach dem Rückfall, ein unbegrenztes Strafmaß wegen seiner Gefährlichkeit zuteil werden lassen. Dem gegenüber ist hervorzuheben, daß dann gleiches für andere, weit gefährlichere Kategorieen von Verbrechern gelten könnte, z. B. für die immer und immer wieder wegen Körperverletzung zur Verurteilung gelangenden, die schließlich doch weit gefährlicher sind, wie der Exhibitionist oder der wider den § 176,3 Verstoßende.

Wir können also noch manches tun, um der Wiederholung von Sittendelikten vorzubeugen.

Sind auch, um auch hierauf noch einen Blick zu werfen, *unsere Gesetze* zur Wahrung der Geschlechtsehre des Einzelnen und der allgemeinen Moral reformbedürftig? Im allgemeinen wohl kaum. Nur gegen einen wird seit Jahren in tendenziöser Weise Sturm gelaufen, und zweifelsohne ist er stark im Wanken. Das ist der bekannte § 175 in seiner ersten Hälfte.

Abnormität ist nicht Krankheit. Nur Taten, die in krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurden, bleiben straffrei, sofern sie wider die Bestimmungen des Strafgesetzbuches verstoßen. — Bei der gegenwärtigen Lage des Strafrechts haben wir uns zu fragen, wenn der Untersuchungsrichter uns einen wegen *homosexueller Vergehungen* Angeschuldigten zur Beobachtung zuführen läßt: Wie ist sein Geisteszustand in toto? Besteht ein angeborener Grad geistiger Schwäche und ein Tiefstand der Intelligenz, der das Verständnis für die Strafbarkeit des Tuns ausschließt, oder liegt Geistesstörung vor, deren Teilerscheinung der homosexuelle Akt ist, oder besteht eine Neurose, die bei der Abwägung der Verantwortlichkeit zu berücksichtigen ist. Sind diese Möglichkeiten zu verneinen, so darf der glaubhaft gemachte abnorme Trieb wohl mildernd in Betracht gezogen werden, ebenso wie der durchaus objektive Richter auch eine abnorm starke Erreglichkeit, eine Anlage zum Jähzorn bei der Strafausmessung berücksichtigen wird. Er darf alle die sonstigen guten Eigenschaften der Persönlichkeit zu ihren Gunsten in die Wage werfen, *aber freisprechen kann er ihn* angesichts der Gültigkeit des § 175 *nicht*. Wer als Sachverständiger in solchen Fällen in foro doctrinär behaupten wollte: „Das ist ein abnorm Veranlagter, dem man es nicht anrechnen darf, wenn er seinem Trieb folgt“, der wäre wohl für das Gericht erledigt. — Eine andere Frage ist aber die: soll man nicht den Paragraphen ganz fallen lassen, der über so viele sonst tüchtige Menschen schon namenloses Unglück gebracht hat und unter dem so viele schuldlose Angehörige schon gelitten haben?

Es läßt sich, darüber ist ja genug geschrieben, so vieles dagegen sagen! Seine Inkonsequenz ist groß, da er nicht homosexuelle Handlungen überhaupt, sondern nur beim männlichen Geschlecht bestraft. Mutuelle Onanie, ein Akt, den jeder kritisch denkende Mensch doch schließlich auf die gleiche Stufe stellen wird mit andern „beischlafähnlichen Handlungen“, ist gestattet, aber die letzteren werden bestraft! Perversitäten wie z. B. *Hirschfeld* im Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen VIII S. 33 eine anführt — Koitus eines Weibes durch einen Homosexuellen, der dabei aber seinen Geliebten in den Arm nimmt und sich vorstellt, mit diesem den Akt auszuführen, — sind nicht strafbar; und der homosexuelle Verkehr, der vielleicht gar nicht im Einzelfalle mit Päderastie identisch ist, wird bestraft. *Das sind*

Widersinnigkeiten. Weiter will ich darauf hier nicht eingehen. Ich weiß mich aber eins mit Sommer (Kriminalpsychologie S. 245) und Mittermaier (Vorarbeiten zur deutschen Strafrechtsreform. Verbrechen wider die Sittlichkeit, S. 157), wenn ich der Abschaffung des Paragraphen nicht opponiere, allerdings unter der Bedingung, daß, wie Sommer es auch verlangt, die den allosexuellen geschlechtlichen Verkehr eindämmenden Bestimmungen des Strafrechts auch auf die homosexuellen Handlungen übertragen werden, und wenn gleichzeitig ein Paragraph geschaffen wird, möchte ich hinzusetzen, der die männliche Prostitution zur Erlangung irgendwelcher äußerer Vorteile bei schwerer Strafe verbietet. Die ist so ekelhaft und ehrlos, daß man sie mit allen Mitteln niederhalten muß.

Es ist interessant zu sehen, daß die Angreifer des § 175 neuerdings diese Konzession gern machen wollen. Benedikt Friedländer hat im letzten Jahrbuch f. sex. Zwischenstufen S. 301 ff. schon alle einschlägigen Paragraphen des Strafgesetzbuches in diesem Sinne redigiert inkl. des § 182, der von der Verführung von Personen unter 16 Jahren handelt, ein Paragraph, der übrigens meines Erachtens die Altersgrenze viel zu niedrig mit 14 und 16 Jahren ansetzt, und wenn er überhaupt im Sinne der nach Abschaffung des § 175 Verlangenden geändert wird, die Grenzen auf 16 und 18 Jahre setzen sollte. Denn auch die Verführung des 15jährigen Mädchens ist eine Handlung, die man nicht nur allein auf Antrag der Eltern oder Vormünder bestrafen sollte.

---

VI.

# Neue Apparate zur optischen Exposition.

(Nach einem bei der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie am 28. April 1907 in Gießen gehaltenen Vortrag.)

Von Dr. **Friedrich Hackländer,** Assistenzarzt an der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen.

---

Bei den Apparaten zur optischen Exposition, die zu verschiedenen Versuchen gebraucht werden, handelt es sich meist darum, ein Reizwort oder einen anderen optischen Reiz sichtbar werden zu lassen und zugleich den Augenblick des Sichtbarwerdens zeitlich zu fixieren. Die Fixierung des Momentes des Sichtbarwerdens geschieht durch Schließung des Stromes einer Tausendstelsekundenuhr; die Uhr fängt an zu gehen und steht erst wieder still, wenn der Strom durch die Reaktion der Versuchsperson geöffnet wird. Die Stromöffnung geschieht bei rein motorischer Reaktion mit dem Morsetaster, bei sprachlicher Reaktion mit dem Schallschlüssel. Wenn gegen die Membran des Schallschlüssels gesprochen wird, so wird ein ihr anliegender Hammer weggestoßen, es öffnet sich ein Relaisstrom und in demselben Augenblick der Strom des Chronoskops; die Uhr steht still und gestattet, die zum Versuch gebrauchte Zeit abzulesen.

Vor der Beschreibung neuer Apparate zur optischen Exposition sei nun zunächst ein kurzer Überblick über bisher verwandte Apparate gegeben. Einer der ersten Apparate dieser Art ist das im Wundtschen Laboratorium gebrauchte Spaltpendel. Ein mit einem Spalt versehener Schirm pendelt zwischen zwei Elektromagneten am Reizwort vorbei, er wird zunächst von einem Magneten bei Stromschluß gehalten, löst sich aber im Moment der Öffnung des Elektromagnetstroms und eilt zum andern Magneten, von dem er festgehalten wird. Während er den Spalt am Reizwort vorbeiführt, schließt er den Uhrstrom. Nach dem Prinzip des Spaltpendels ist auch ein Apparat unseres Laboratoriums konstruiert, der es ermöglicht, einen Lichtstrahl nur für die Zeit des Durchganges des Diaphragmas sichtbar zu machen.

Das Wundtsche Spaltpendel ist schwer zu handhaben. Wesentlich einfacher gestaltet sich die Exposition eines Reizwortes mit dem Apparat

von Römer. Die Karte mit dem zu exponierenden Reizwort wird hinter einer Messingplatte festgesteckt, die sich bei Auslösung ihres Haltemechanismus, beim Niederdrücken einer Feder mit Anschlagknacken, um 180° dreht. Die Drehung wird bewirkt durch eine in der Achse der Platte in einer kleinen Trommel liegende stark gespannte Feder. Der Stromschluß im Moment des Sichtbarwerdens des Reizwortes wird hervorgerufen durch Anschlagen eines Zapfens der Platte gegen einen Kontaktstift. Der Apparat verursacht ein ziemlich starkes Geräusch; er ist in unserem Laboratorium auch zu plötzlichem akustischem Reiz verwendet worden. Abgesehen aber von dem erheblichen Geräusch wird seine Verwendbarkeit noch beeinträchtigt durch den nach jedem Versuch notwendigen umständlichen Kartenwechsel.

Das Wechseln der Karten erleichtert der Apparat von Alber. Die Karten bewegen sich in einer Führung und werden durch eine Feder gegen das Diaphragma gedrückt. Vor ihnen wird eine Blende aufgehißt, die durch Übergreifen eines Knackens über den Knacken einer Feder gehalten wird. Beim Abdrücken der Feder von der Diaphragmaplatte wird der Haltemechanismus gelöst, die Blende schnellt herunter und nimmt die zuletzt exponierte Karte mit, um im Diaphragma eine neue sichtbar werden zu lassen. Im Moment, wo die neue Karte sichtbar wird, schließt die Blende einen Kontakt. Der Apparat arbeitet gut, ist leicht zu handhaben, macht aber auch Geräusch, wenn auch nicht so sehr wie der Römersche. — Eine von Herrn Mechaniker Runne in Heidelberg an dem Alberschen Apparat angebrachte Modifikation erscheint nach der von Ach gegebenen Beschreibung auch nicht geeignet, das Geräusch zu reduzieren. Die Modifikation besteht darin, daß die zuletzt exponierte Karte vor dem neuen Versuch durch Senken eines Rahmens, in den sie durch die Albersche Führung und Vorwärtsbewegung hineingetreten ist, entfernt wird. Dann stellt sich der Rahmen wieder ein, um eine neue Karte aufzunehmen. Bei seiner Abwärtsbewegung hat er eine Blende mitgenommen, die aber bei seiner Aufwärtsbewegung liegen bleibt und erst durch plötzliches Emporschnellen das Reizwort sichtbar macht. Während also beim Alberschen Apparat die die erste Karte mit fortnehmende Platte zugleich vorher als Blende funktionieren konnte, ist zu dieser Funktion beim Alber-Runneschen noch eine zweite Platte erforderlich.

Auch die Handhabung dieser Apparate, die Einstellung vor jedem Versuch, erfordert Zeit und für einige Versuche ist es wünschenswert, in kurzer Zeit viele Expositionen machen zu können. Das suchen die rotierenden Apparate zu erreichen. Der primitivste dieser Art ist die von Müller und Schumann zu Gedächtnisversuchen nach Ebbinghaus benutzte Kymographiontrommel, die sie später durch den von Baltzar konstruierten Rotationsapparat mit verstellbaren Windflügeln zur Vari-

ierung der Geschwindigkeit ersetzten. Die Wörter und Silben bewegten sich von unten nach oben und wurden durch einen Spalt betrachtet. In unserem Laboratorium wurde früher eine Vertikaltrommel benutzt, bei der sich die Wörter von links nach rechts bewegten. Bei kontinuierlicher Drehung der Trommel machte nun das Ablesen der am Spalt vorbeistreichenden Silben Schwindel und Augenflimmern. Es erschien also wünschenswert, jedes Wort oder jede Silbe eine gewisse Zeit stehen lassen zu können. Müller und Pilzecker, welche die Gedächtnisversuche von Müller und Schumann fortsetzten, erreichten dies mit einem zwölfseitigen Prisma, das sie zur Untersuchung der Reproduktionsdauer von nach der Müller-Schumannschen Methode exponierten Silben anwandten. Zwölf betonte Silben wurden auf das Prisma aufgezogen. Die Versuchsperson hatte die zugehörigen unbetonten zu nennen. Die Exposition der einzelnen Silben geschah nun folgendermaßen. Als Blende wirkte ein an einem Elektromagneten aufgehängter Fallschirm, der beim Öffnen des Stromes herunterfiel und den Uhrstrom schloß. Nach jedem Versuch mußte die Versuchsperson selbst den Fallschirm wieder hochschieben und das Prisma mit einer Sperrvorrichtung weiter drehen. Der Elektromagnetstrom war inzwischen vom Untersucher wieder geschlossen worden. Mit dieser umständlichen Methode haben Müller und Pilzecker 20 000 Silbenexpositionen und chronometrische Messungen ausgeführt.

Mit dem Apparat von Ranschburg würden sie weniger Zeit dazu gebraucht haben. Er stellt einen bedeutenden Fortschritt in der Technik der Expositionsapparate dar. Die Reizworte sind auf einer Scheibe angebracht. Die Scheibe wird mit einem Zahnrade auf einer Achse verbunden. In dieses Zahnrad greift ein Haken ein, der mit dem Anker eines Elektromagneten verbunden ist. Bei Schluß des Stromes zieht der mit dem Anker verbundene Haken das Zahnrad um einen Zahn weiter und die Reizwortscheibe rückt ein Wort weiter. Die Zähne des Rades entsprechen der Zahl der Reizworte. Die Aufeinanderfolge der Stromschließungen wird reguliert durch das Metronom. Die Pendelstange desselben trägt eine mit Platinspitzen versehene Querstange und taucht bei ihrer Bewegung bald die eine, bald die andere Spitze in einen Quecksilbernapf. Eine Variierung der Zeitfolge der Schließungen ist ermöglicht durch Verstellen des Laufgewichts der Pendelstange des Metronoms. Durch einen miteingeschalteten Morsetaster kann die rhythmische Folge der Wörter auch arretiert werden zum Zwecke längerer Exposition.

Nicht allein das Metronom, das ja auch im Nebenzimmer aufgestellt werden könnte, sondern namentlich der den Anker tragende Hebel macht ein ziemlich starkes Geräusch. Dieses suchte Wirth zu reduzieren. Das Prinzip seines Apparates ist das des Ranschburgschen Apparates. Die erste Form des Wirthschen Apparates besitzt auch

eine rotierende Scheibe; nur wird sie nicht ruckweite gedreht, sondern durch ein Gewicht nach Art der Uhr in Rotation versetzt, wird sie infolge ihrer Verbindung mit einem Stiftrade abwechselnd von zwei einander gegenüberliegenden, elektromagnetisch angezogenen oder losgelassenen Hebeln arretiert. Zur Reduzierung des Geräusches läßt Wirth die Stifte des Rades auf, an den Hebeln angebrachte, Seidenschnüre aufschlagen. In einer zweiten Form seines Apparates ersetzt Wirth die Scheibe durch eine rotierende Trommel, die er mit einer Schleife umgibt, auf der die Reizworte angebracht sind. Diesen Apparat hat Watt untersucht. Er findet, daß eine Stromstärke, die kein Geräusch beim Heranziehen des Magnetankers hervorbringt, nur selten imstande ist, die Reibung der Stifte an der seidenen Schnur zu überwinden. Auch hat er eine Reibung der Antriebkette beim Eingang in den Apparat als störend empfunden, da sie den Apparat mitten im Versuch zum Stillstand bringen könne. Watt klagt noch über die Schwierigkeit, die Abstände der Worte auf der Schleife genau zu bestimmen, sie müßten genau gemessen werden, wenn man der Gefahr entgehen wolle, daß die Wörter in dem kleinen Spalt allmählich unsichtbar würden. Eine zeitweilige Verschiebung des Reizwortes im Spalt ist aber wohl mehr durch kleine Rutschungen der Schleife auf der Trommel bedingt, als durch Fehler in der Abmessung der Entfernung der Worte.

Herr Mechaniker Hempel[1]) hat nun die Exposition ruckweise aufeinanderfolgender Wörter und Silben dadurch erreicht, daß er nicht die rotierende Trommel arretiert, sondern nur das fliehende Wortbild festhält in einem darüber befindlichen, der Bewegung des Wortes entsprechend sich neigenden Spiegel. Die winklige Einstellung des Spiegels wird bewirkt durch das Schleifen eines mit dem Spiegel ver-

[1]) In der Gießener Klinik.

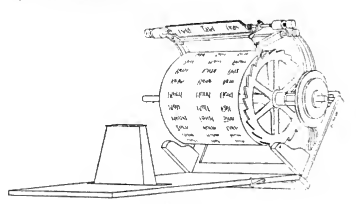


Fig. 1.

bundenen Hammers auf den Kurven eines mit der Trommel verbundenen Zahnrades. Die Worte sind spiegelbildlich geschrieben. Nebenstehende Figur 1 stellt den Apparat dar. Die Stirnplatte ist nach vorne geklappt. Sie trägt einen in einer Führung verschiebbaren Diaphragmatrichter, der auf die Wortreihen eingestellt werden kann.

Der Apparat arbeitet exakt und vollkommen geräuschlos. Er eignet sich vorzüglich für Gedächtnis- und Merkfähigkeitsversuche.

Auf Anregung des Herrn Professor Sommer hat Herr Hempel das Prinzip des sich neigenden Spiegels auch angewandt für die Exposition größerer Bilder. Herr Dr. Römer aus Illenau, der sich mit der Zusammenstellung eines „Bilderbuches" beschäftigt, sprach das Bedürfnis nach einem solchen Apparate aus. Er wird dargestellt durch die nebenstehende Fig. 2 und funktioniert folgendermaßen. Der vertikal stehende Spiegel wird

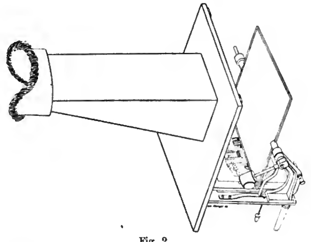


Fig. 2.

nach plötzlicher Auslösung seines Haltemechanismus, Niederziehen einer Feder mit Anschlag, durch ein Pendelgewicht geneigt und macht der durch den Diaphragmatrichter schauenden Versuchsperson das unter ihm liegende Bild sichtbar in dem Augenblick, wo er durch Anschlagen an Kontaktstifte den Chronoskopstrom schließt. Es können Bilder bis zu einer Größe von 13 × 18 cm exponiert werden. Kleinere Formate werden entsprechend eingebettet, damit sie in der Mitte der Spiegelfläche erscheinen.

Der folgende von mir konstruierte Apparat stellt außer der Expositionszeit die Reihenfolge und Wiederholung inhaltlich bekannter Reizworte in das Belieben des Untersuchers. Die mit den Reizworten beschriebenen Karten stehen in einem Kästchen und können durch einen

Druck auf die durch ein kleines Kärtchen mit dem Reizwort bezeichnete Taste exponiert werden durch einen einfachen Mechanismus, den nebenstehende Figur 3 erläutert.

Jede Karte steht auf einem über zwei Stäbe führenden Seidenfaden, welchen sie, wenn sie in ihrer Führungsrinne hinuntergleitet, mit ihrem unteren Rande mit herunter nimmt. Die Fäden gehen außen an den Stäben herunter durch den Boden des Kästchens und sind an einen Hebel angeknotet, der infolge weiterer Übertragung durch einen einfachen Druck auf die mit dem Reizwort bezeichnete Taste bewegt werden kann. Bei Nachlassen des Druckes fällt die Karte, die eine Bleiplombe trägt, herunter und sinkt in ihr Versteck.

Karte

Faden

Hebel

Fig. 3.

Eine Ansicht des Apparates gibt die umstehende Photographie (Figur 4). Durch Druck auf die mit „Jugend“ bezeichnete Taste ist das Wort „Jugend“ exponiert.

Die Karten schließen einen Kontakt in dem Augenblick, wo sie durch die Kontaktvorrichtung selbst arretiert werden und ruhig stehen. Durch Anschlagen der Karten an eine an der Seite über sie gespannte Drahtsehne wird eine kleine Feder an einen Kontaktstift gezogen.

Der Apparat eignet sich zunächst für Assoziationsversuche. Bei Darbietung der Reizworte in der Reihenfolge der Kolonnen des Sommerschen Assoziationsbogens tritt leicht eine Einstellung der Versuchsperson auf den Inhalt der Reizwortkolonnen ein. Es wird z. B. auf hell „dunkel“ und auf „dunkel“ unmittelbar darauf mit „hell“ reagiert. Darum ist ja schon vielfach von dieser Reihenfolge abgewichen worden. Der Apparat gestattet nun aber auch, während einer Versuchsreihe, deren Reizworte bei den bisherigen Apparaten doch nach einer vorher festgelegten Reihenfolge exponiert werden mußten, beliebig wechselnde, inhaltlich bekannte Reizworte zu exponieren, je nach der Art der Assoziation und der momentanen Geistesverfassung der Versuchsperson, ohne daß diese die Willkür der Exposition zu merken braucht. Die Tasten können ja durch einen Schirm verdeckt werden.

Ich habe nun den Apparat mit dem Sommerschen Apparat zur Untersuchung der Ausdrucksbewegungen an den Fingern verbunden in der Weise, daß bei Erscheinen eines Reizwortes, bei Stromschluß, eine elektromagnetisch bewegte Feder eine Marke auf der Kymographion-

trommel machte, und, während die Versuchsperson assoziierte, nun beobachtet, ob sich Ausschläge in der durch Bewegungen der Finger gezeichneten Kurve fanden. Es zeigte sich, daß besonders bei verlängerter Assoziationszeit, namentlich bei Fehlen einer Assoziation, deutliche Ausschläge in der Kurve in allen drei Dimensionen auftraten. Eine Zeitlinie und Reaktion der Versuchsperson mit dem Schallschlüssel würde die Verhältnisse von Erscheinung des Reizwortes, Assoziationszeit und Ausdrucksbewegung noch klarer darstellen. Aber es darf nicht zu viel auf einmal von der Versuchsperson verlangt werden. Die Kurven, die ich hier aufgenommen habe, zeigen nur den Augenblick des Sichtbarwerdens des Reizwortes und die motorische Reaktion, während

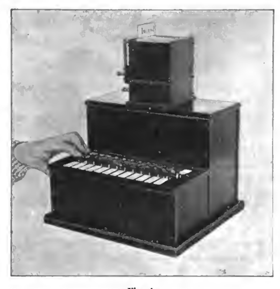


Fig. 4.

ich die Assoziation notiert habe und die Zeit als meist mit der motorischen Reaktion zusammenfallend beobachtete. In oben angedeuteter Weise gewonnene Versuchsergebnisse werden zeigen, daß Assoziationszeit und motorische Reaktion nicht immer zusammenfallen.

Die bloße Bewegung des Sprechens der Versuchsperson, macht auch zuweilen einen geringen Einfluß auf die Kurve geltend, der sich aber von Ausschlägen bei gefühlsbetonten Assoziationen wesentlich unterscheidet. —

Es sollen damit in diesem Zusammenhang nur vorläufige Andeutungen gegeben sein. Jedenfalls können derartige Assoziationsversuche besonders im Hinblick auf das schwierige Problem der Komplexwirkung nur mit einer Expositionsmethode vorgenommen werden,

welche eine beliebige Variation der optischen Reize in jedem Augenblick gestattet und einen persönlichen Einfluß des Untersuchenden auf die Versuchsperson z. B. durch die Art der Aussprache und Betonung von Reizworten völlig ausschließt. Diese Forderungen hoffe ich durch den im Vorstehenden beschriebenen Tasterapparat zur optischen Exposition erfüllt zu haben.

Wenn man dabei die mit sinnfälligen Ansdrucksbewegungen einhergehenden Assoziationen einer weiteren Expertise nnd möglichst objektiven Analyse unterzieht, wie ich das in einer Reihe von später zu beschreibenden Fällen getan habe, so lassen sich mit der angegebenen Methode Versuche zur Tatbestandsdiagnostik und andere Assoziationsstudien in exaktester Weise anstellen.

## Literatur.

Wundt: Grundzüge der Psychologie Bd. III S. 400.

Römer: Beitrag zur Bestimmung zusammengesetzter Reaktionszeiten (Kräpelin, psycholog. Arbeiten Bd. I Heft 4).

Alber: Ein Apparat zur Auslösung optischer Reize (Arch. f. Psychiatrie 38, S. 641).

Ach: Über die Beeinflussung der Auffassungsfähigkeit durch einige Arzneimittel (Kräpelin, psycholog. Arbeiten).

G. E. Müller und F. Schumann: Experimentelle Beiträge zur Untersuchung des Gedächtnisses (Zeitschr. f. Psychologie Bd. 6, 1894).

G. E. Müller und A. Pilzecker: Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gedächtnis (Zeitschr. f. Psychologie. Ergänzungsband 1, 1900).

Ranschburg: Apparat und Methode zur Untersuchung des (optischen) Gedächtnisses für medizinische und pädagogisch-psychologische Zwecke (Monatschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. X H. 5).

Wirth: Ein neuer Apparat für Gedächtnisversuche mit sprungweise fortschreitender Exposition ruhender Gesichtsobjekte (Wundt, philos. Studien Bd. 18, S. 701).

Watt: Archiv f. Psychologie, Bd. 7, 1—2. Literaturbericht S. 10.

VII.

Aus Dr. Hofmanns Kuranstalt, Bad Nauheim.

# Ueber einen „Gefässneurastheniker"

(mit Berücksichtigung der Sommerschen Untersuchungsmethode zur Analyse der Ausdrucksbewegungen)

von Dr. med. **Jul. Hofmann**, Bad Nauheim.

---

Die ausgezeichnete Methode, welche Sommer zur Analyse der direkten Ausdrucksbewegungen[1]) angegeben hat, ist meines Wissens bisher, abgesehen von psychologischen Instituten, fast ausnahmslos in psychiatrischen Kliniken angewandt worden. Es ist dies sehr zu bedauern, und die folgenden kurzen Zeilen sollen dazu beitragen, nachzuweisen, daß die Sommersche Methode auch eine ausgezeichnete Untersuchungsweise außerhalb von Irren- oder geschlossenen Nervenanstalten ist. Das große Heer der Neurastheniker schickt nur einen ganz verschwindenden Teil in die geschlossenen Anstalten, die andern gehen nur allzu oft als Herzkranke, Magenkranke, Darmleidende von einem Arzt zum anderen, und in diesen Fällen ist nichts so geeignet wie die Sommersche Methode, dem untersuchenden Arzt ein plastisches Bild der Erkrankung zu geben.

Gewiß wird es viel Neurastheniker geben, bei denen eine derartige Untersuchung nicht nötig ist: Der Begriff der Neurasthenie wird ja so unendlich weit gefaßt, daß die Diagnose fast immer richtig ist. Aber haben wir einen Neurastheniker vor uns und wenden wir zur Untersuchung seines Nervensystems die objektive Sommersche Methode an, so wird sehr oft das Resultat unserer Untersuchung für den untersuchenden Arzt einen höchst interessanten Lichtblick bilden: denn tiefer in das Verständnis der krankhaften Erscheinungen einzudringen, ist neben unserer ärztlichen Menschenpflicht doch das Vornehmste in unserm Beruf.

Bei dem Fall, der mir als Beitrag geeignet erscheint, handelt es sich um einen ausgesprochenen Gefäßneurastheniker. Ich lasse zunächst

---

[1]) Vgl. R. Sommer, psychopathologische Untersuchungsmethoden, Seite 93.

einiges folgen, was der Patient mir über sein Leiden vor Beginn seiner Kur aufgeschrieben hat:

„Vorkuren: Seit Juni 1903 häufiger kalte Abreibungen. Juli 1903 fünfwöchiger Aufenthalt an der Nordsee. Einnahme von Eisenpillen, zwischendurch Lebertran mit Phosphor. Juli 1904 vierwöchentlicher Aufenthalt in Bad Pyrmont.

### Krankheitserscheinungen.

Nervosität, große Reizbarkeit bei Geräuschen, besonders nach Aufregungen, körperlichen oder geistigen Überanstrengungen und bei großer Wärme; große Unruhe, die leicht Überanstrengungen begünstigt; Zwangsvorstellungen, z. B. bestimmte Melodien oder Phrasen, die sich wochenlang einnisten oder stets wiederkehrende Grübeleien (beides in der Regel nach Überanstrengungen oder sonst bei großer Schwäche); stets wechselnde Stimmungen; — häufige Kopfschmerzen (Augen und Vorderschädel) verbunden mit starkem Kopfdruck und Anschwellung der Nasenschleimhäute.[1])

Schwäche und Herzklopfen, Mangel an körperlicher Ausdauer, mit einer Art Druckgefühl verbundene große Lahmheit der Beine; zeitweise Zittern der Finger, gelegentlich Ohrensausen, bei Regenperioden während der Wintermonate häufig wochenlang eine merkwürdige Art Taubheit; seit einigen Jahren sehr starke Transpiration, ganz besonders der Füße; sehr trockenes Haar und sehr starker Haarausfall; Nasen-Rachen-, und mitunter Bronchialkatarrh; träge Verdauung mit häufigen Blähungen; häufig Flimmern vor den Augen; — Mühsamkeit des Sprechens. Intellektuelle Schwäche, mangelhaftes Gedächtnis, überaus leichte Ermüdung beim Denken, mangelhafte Kraft zu geistiger Konzentration und Vertiefung, nach dem Niederlegen (besonders im Bett) überaus lebhafte Gedankentätigkeit, die Schlaflosigkeit begünstigt. Zusammenhängendes Lesen von Romanen, Novellen und Dramen usw. ruft auch in der Regel Übermüdung und Schlaflosigkeit herbei; abgebrochene Lektüre dagegen, z. B. Lesen im Lexikon, in Wörterbüchern usw. begünstigt eine wohltuende Ermüdung. Musik löst in der Regel lebhafte Gedanken- und Gefühlsreihen aus, die zusammen mit dem Anhören der Musik eine mehr oder weniger große Übermüdung bewirken. Vollständig erschöpfend mit tagelanger Wirkung sind Symphonien (Beethoven) und Wagnersche Opern, besonders durch ihre Einwirkung auf Verstands- und Gefühlsleben; oft ganz wohltuend dagegen leichte Konzerte, Märsche usw.; Possen und Lustspiele üben eine sehr günstige Wirkung aus und ermöglichen in der Regel eine gute Nachtruhe (erklärlich wohl durch

[1]) Vgl. die treffliche Arbeit von R. Cholewa: Herzschwäche und Nasenleiden.

das gründliche Durchkreuzen von Grübeleien und dann wohl durch die eigenartige Massage des Lachens.[1])

Alles dieses wird begünstigt durch eine sehr ausgeprägte Willensschwäche, die es ermöglicht, daß aller Art Eindrücke einen so großen Einfluß haben, und besonders eine zur Selbsterziehung unbedingt notwendige Konzentration und Vertiefung bei geistigen Arbeiten verhindern.

Einen unerklärbaren Einfluß auf das Befinden üben die Temperatur und das Wetter aus. Kälte, besonders naßkaltes Wetter bewirken Schläfrigkeit, Steifheit, Gedankenfaulheit, Pessimismus usw., verbunden mit einem undefinierbaren Gefühl im vorderen Hirn, dem sich nach Anstrengungen, Aufregungen und bei Kopfschmerz ein markanter Kopfdruck zugesellt. —

Wärme, besonders feuchte, dunstige Wärme, hat Nervosität, Lebhaftigkeit, Neigung zur Betätigung und Arbeit, Leichtigkeit in körperlichen Bewegungen, lebhafte geistige Tätigkeit und Energie im Gefolge.

Merkwürdig ist, daß die Begleiterscheinungen des naß-kalten Wetters auch (wenigstens ähnlich), nach einem Bade im Freien (bei ca. 17° Celsius) auftreten, — die der warmen und feuchtwarmen auch (ähnlich) in überheizten Zimmern bei verhältnismäßig zu warmer Kleidung und im Bett." —

Als Kind Scharlach und Lungenentzündung. Sonst stets gesund. Keine Lues. Patient hat sich beim Unterricht sehr viel zugemutet. (Patient ist Lehrer.)

Beschwerden: Schlechter Schlaf. Unruhige Träume. Gedächtnisschwäche, keine Ausdauer. Sehr leicht reizbar. Unnötige Sorgen, Angst. — Kopfschmerzen, Schwindelanfälle. Herzklopfen bei Anstrengung und Ruhe. Herzzittern, Herzangst. Patient hält sich für sehr „herzkrank".

Die objektive Untersuchung des Patienten ergab folgendes:

Die Haut fühlte sich kühl an, die Reflexe waren sämtlich erhöht; nervöse Schmerzdruckpunkte waren allenthalben vorhanden. Die Augenreaktionen erwiesen sich als vollständig normal.

Zwei Tage darauf waren die nervösen Symptome dieselben; die Haut war gerötet, warm, feucht; der Puls, der bei der ersten Untersuchung hart anzufühlen war und im Sphygmogramm (Fig. 1) einen spastischen Charakter trug, zeigte eine volle paretische Beschaffenheit (Fig. 2). Vgl. Fig. 5b (Pulskurve) nach Spaziergang (26. V. 06) und Fig. 6b (Pulskurve) (13. VI. 06) bei wesentlichem Besserbefinden. Das Herz zeigte, was die Größe anging, im Röntgenbilde nichts abnormes, nur

[1]) Diese Erklärung der günstigen Einwirkung ist von dem Patienten gegeben.

seine Aktion war ständig gesteigert. Die Töne waren rein, der zweite Pulmonalton etwas klappend und verstärkt. Der Spitzenstoß erscheint verbreitert. Bauchorgane normal, Lunge normal.

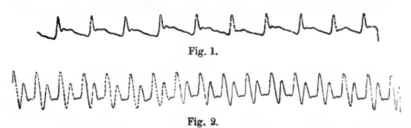


Fig. 1.

Fig. 2.

Aus dem, was der Patient vortrug, und aus dem objektiven Befunde der Untersuchung war nach mehrtägiger Beobachtung die Diagnose Neurasthenie gesichert. Ich ging nun zu der Untersuchung nach der Sommerschen Methode über. Zunächst machte ich bei dem Patienten Fußaufnahmen, wobei der Patient aufgefordert wurde, den Fuß so ruhig wie möglich in möglichst wagrechter Haltung zu halten. Dieser ist durch eine Manschette am Sprunggelenk mit dem Apparat verbunden, welcher die Bewegungen überträgt. Selbstverständlich saß der Patient bei dieser Prozedur in einem bequemen Stuhle. Während der Untersuchung wurde der Patient veranlaßt, die Augen zu schließen. Fig. 3 zeigt nun neben Zittern in allen drei Dimensionen als auffallendstes das starke Fallen des Fußes sowie überaus heftigen Tremor in den andern beiden



Fig. 4. Normale Haltungskurve.

Dimensionen. Zur Kontrolle habe ich eine Aufnahme beigefügt (Fig. 4), die ich an mir selbst machen ließ. Die nächste Figur (Fig. 5a), welche einige Wochen später nach einem Spaziergange aufgenommen worden ist, zeigt nicht nur ein bedeutendes Zurückgehen der Zittererscheinungen im allgemeinen, sondern auch etwas ruhigeres Festhalten des Beines in wagerechter Stellung. Als die letzte Figur (Fig. 6a) aufgenommen wurde, hatte der Patient schon ein ganz anderes äußeres Aussehen. Die Haut fühlte sich normal an, der Puls ist ruhiger geworden und auch das Herz zeigte nicht mehr den verstärkten Aktionstyp (von Criegern) wie bei den ersten Aufnahmen. Die Größe des Herzens (im Röntgenbild)

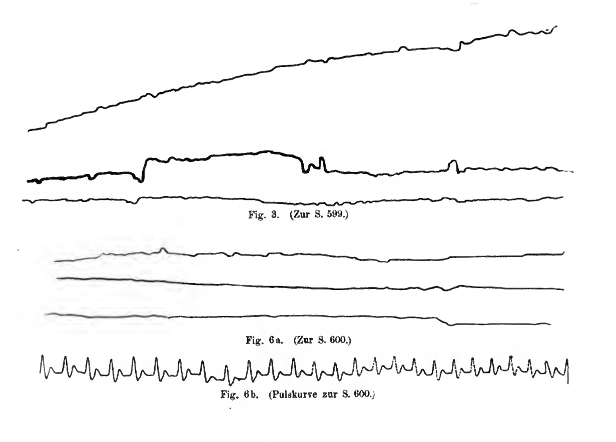


Fig. 3. (Zur S. 599.)

Fig. 6a. (Zur S. 600.)

Fig. 6b. (Pulskurve zur S. 600.)

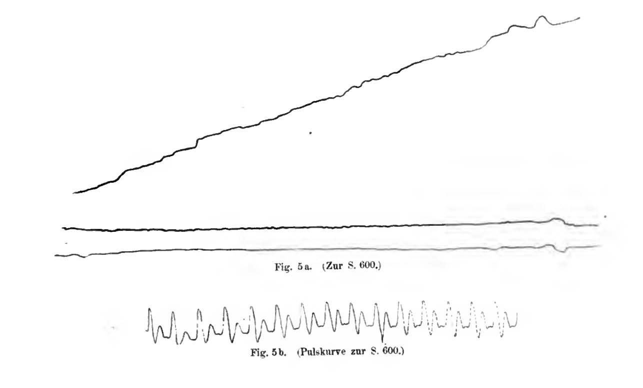


Fig. 5a. (Zur S. 600.)

Fig. 5b. (Pulskurve zur S. 600.)

war dieselbe geblieben, die Verbreiterung des Spitzenstoßes war entschieden zurückgegangen.

Mich über die einzelnen Pulskurven resp. ihrem Hinweis auf das Befinden des Patienten hier des weiteren einzulassen, ist wohl überflüssig. Daß die letzte der vier Pulskurven die normalste ist, ist nicht schwer zu ersehen. Das, worauf es ankommt, ist die starke Veränderung, welche sich in den dreidimensionalen Kurven zeigt. Wir sehen auf der ersten Kurve (Fig. 3) vom 18. Mai nicht nur die deutliche Tendenz, den Fuß fallen zu lassen, sondern auch in den seitlichen Bewegungen und denen von vorn nach hinten einen heftigen Tremor verzeichnet.[1])

Ganz anders ist das Bild in der Aufnahme vom 13. Juni (Fig. 6a). Da finden wir als in die Augen springend in der objektiven Kurve ein viel ruhigeres Bild verzeichnet. Dieser Umstand kommt der normalen Aufnahme (Fig. 4), welche ich beigefügt habe, viel näher. Als äußerst interessant, man möchte sagen als vermittelnde Kurve möchte ich diejenige bezeichnen, welche am 26. Mai aufgenommen wurde nach einem einstündigen Spaziergang. (Fig. 5a.) Wenn auch da die Fallkurve noch immer eine ziemlich starke Tendenz nach unten zeigt, so sind die anderen Dimensionen doch viel ruhiger geworden; dabei ist zu bemerken, daß die Kurve vom 26. Mai nach einem einstündigen Spaziergang aufgenommen worden ist, ein Umstand, der jedenfalls doch nur geeignet sein könnte, stärkere Zittererscheinungen in den Beinen hervorzurufen.

Jedenfalls, um noch einmal auf den Hauptpunkt zurückzukommen, zeigen die beiden ausschlaggebenden Kurven (Fig. 3 und 6a) vom 18. Mai und 13. Juni uns objektiv in dem Ruhigerwerden der Linien des Kurvenbildes ein sehr klares Spiegelbild des psychischen Zustandes des Patienten, der sich während dieser Zeit, die zwischen der Aufnahme dieser beiden Kurven liegt, so wesentlich gebessert hatte.

Die bemerkenswerteste Besserung aber zeigte der Patient in seinem psychischen Verhalten. Als dem Patienten nach der Aufnahme der ersten dreidimensionalen Kurve dieselbe gezeigt wurde, bat er um Erläuterung. Nachdem ihm klar gemacht worden war, welch unbewußte Bewegungen die Kurve registriere, lächelte er wehmütig und sagte: „Ich habe eben gar keine Energie mehr und kann nicht einmal einen Augenblick mein Bein ruhig halten.“ Bei der letzten Aufnahme, als der Patient wesentlich gebessert war, meinte er, das wundere ihn gar nicht,

[1]) Die obigen Kurven (Fig. 3) waren nicht die ersten Kurven, die von dem Patienten aufgenommen wurden. Der Patient sah zunächst zu, als Schreiber dieses seine eigenen Kurven (Fig. 4) an sich aufnehmen ließ und dann wurden an dem Patienten einige Probekurven aufgenommen (17. V.). Am 18. Mai wurden dann die ersten Kurven von dem Patienten angefertigt (Fig. 3). Dies geschah deshalb, damit eine psychisch bedingte Untersuchungsanomalie ausgeschaltet würde. Die Art der Untersuchung war dem Pat. am 18. V. bekannt.

daß heute die Kurve besser sei, er fühle sich ja auch viel wohler und vor allen Dingen kräftiger. Das war jedenfalls auch in psychischer Beziehung der Fall, denn der Patient zeigte schon wieder reges Interesse an seiner Wissenschaft, war imstande, ohne besondere Übermüdung 1 bis $1^1/_2$ Stunden leicht wissenschaftlich zu arbeiten. Der Patient freute sich, daß sein Gedächtnis wieder zugenommen habe, und er bat fast energisch um die Angabe des Zeitpunktes, an welchem er nach Ansicht der Ärzte seine Tätigkeit wieder aufnehmen könne, da er die Kraft in sich spüre, wieder arbeiten zu können.

Die Kur, welche der Patient bei uns durchgemacht hat, bestand in der Anwendung hydrotherapeutischer und elektrotherapeutischer (hie und da ein leichtes Wechselstrombad) Maßnahmen und in Gymnastik, dabei guter und kräftiger Kost, viel frischer Luft; er ging früh ins Bett und früh aus dem Bett. Vor allem aber wirkte der ständige Hinweis, daß er nicht herzkrank sei. Der Patient kam zu uns in der Meinung, daß ein schweres Herzleiden seinen Lebensweg bedrohe. Die Angst, infolge seines Herzleidens ein unbrauchbarer Mensch zu sein, trieb ihn von Arzt zu Arzt. Er war aber gar nicht herzkrank, sondern nur nervös herzleidend, indem er unter einer abnormen Herzempfindung litt. Diese resultierte, unserer Ansicht nach, aus den sich ständig verändernden Gefäßverhältnissen; bald waren es spastische Gefäßzusammenziehungen, die das Herz überwinden mußte, und die bei dem Patienten eine Empfindung verursachten, die er als Herzklopfen, als Herzzittern, als Herzangst bezeichnete. Gefäßparesen hatten denselben Effekt im subjektiven Befinden des Patienten zur Folge. Diese Gefäßalterationen mit in Folge derselben auftretenden Herzalterationen sind aber unserer Ansicht nach weiter nichts, als eine Folgeerscheinung schwerer Neurasthenie.

Wir möchten einen derartigen Fall nicht so auffassen, daß die Neurasthenie die Folge der Blutgefäßstörung ist, wohl aber ist anzunehmen, daß durch die Gefäßalterationen im Sinne von neuen Reizen ein Circulus vitiosus geschlossen wird, indem dieselben wiederum reizauslösend auf das schon so erregte Nervensystem wirken. Läßt man sich bei derartigen Patienten noch verleiten, durch die übermäßige Aktion des Herzens ohne ganz stichhaltige Gründe, die nicht genau genug abgewogen werden können, eine Herzmuskelschwäche zu diagnostizieren, so wird der Erfolg dieser Diagnose der sein, daß der Patient verzweifelt; und dann werden die Gefäßalterationen häufiger und häufiger auftreten, es werden zu diesem körperlichen Unbehagen Störungen psychischer Art treten, wie Schlaflosigkeit, permanente Unruhe, Angst.

Wir sind überzeugt, daß aus derartigen Gefäßneurasthenikern Herzkranke werden können, und zwar sehr leicht durch eine falsche

Diagnose, funktionell Herzkranke, die dann die Zahl der schwer suicidalen Melancholiker vergrößern. Deshalb ist es die erste Pflicht bei derartigen Patienten, sie durch vorsichtige Gymnastik, immer länger dauernde Spaziergänge und Anstrengungen, die natürlich sehr vorsichtig dosiert werden müssen, zu überzeugen, daß ihr Herz gesund ist. An der Hand seiner Leistungen muß man ihm klar machen, daß er kein verlorener Mensch ist. Selbstverständlich üben andere Faktoren, kräftiges Essen, viel frische Luft, Ruhe, Fernhalten von Aufregungen und vor allem die psychische Einwirkung des behandelnden Arztes einen wesentlichen Einfluß auf den Kurerfolg aus. So ist es z. B. falsch, solche Patienten immer zu größter Vorsicht in bezug auf ihre Leistungen und auf gewisse Genüsse zu ermahnen; denn sehr oft steckt die Furcht vor dem Herzleiden so fest in den Patienten, daß sie bei jedem Verbot eine Verheimlichung ihres schweren Herzleidens wittern.

So fragte mich der Patient, den ich eben besprochen habe, bei seiner Entlassung, ob er wohl hier und da ein Glas Bier trinken dürfe. Als ich ihm dasselbe zugestand, leuchtete sein Gesicht auf und er verließ mich mit den Worten: „Nun weiß ich auch, daß ich gesund bin, denn sonst würden Sie mir das Bier vollständig verboten haben.“ Hätte ich dem Patienten das harmlose Vergnügen, hier und da ein Glas Bier zu trinken, untersagt, so bin ich sicher, daß sich sofort hypochondrische Zwangsideen seiner wieder bemächtigt hätten, und die ganze Kur, die von vorzüglichem Erfolge begleitet war und noch begleitet ist, wäre nutzlos gewesen.

Selbstverständlich soll damit nicht ein Wort für den Alkoholgebrauch in solchen Fällen angelegt werden, auch nicht gesagt sein, daß man derartigen Patienten gar keine Verhaltungsmaßregeln mitgeben soll, aber um es nochmals zu wiederholen: es muß streng vermieden werden, dieselben derartig anzufassen, daß der Patient daraus einen Rückschluß auf ein Herzleiden seinerseits machen könnte.

---

I.

# Ueber nervöse und psychische Erkrankungen nach Betriebsunfällen.

Von Dr. R. Götze, Nervenarzt in Leipzig-Naunhof.

## Vier Fälle von Armverletzung mit Nervenstörungen.

In meiner Veröffentlichung „Über Nervenkranke und Nervenheilstätten" (C. Marhold, Halle 1907) habe ich vier Fälle von Gelenkerkrankungen mit Muskelatrophien bzw. -kontrakturen infolge von Betriebsunfall aufgeführt. Diese vier Fälle sollen in der vorliegenden Arbeit vergleichend analysiert und in einer zweiten Arbeit mit vier anderen Fällen in Beziehung gesetzt werden, die in der genannten Veröffentlichung unter Hysterie aufgeführt worden sind. Im Laufe unserer Untersuchung wird es darauf ankommen, in jedem dieser Fälle einen genauen pathologischen Befund aufzunehmen, den anatomischen Anteil der Erkrankung diagnostisch von dem etwa vorhandenen psychogenen zu sondern und die praktisch-medizinischen Folgerungen daraus zu ziehen.

### Fall I.

Der 35 Jahre alte Buchbinder O. Z. erlitt im Februar 1901 durch eine gewaltsame Bewegung im Schultergelenk einen Unfall. Er konnte bald wieder arbeiten; nach mehreren Wochen stellten sich jedoch heftige Schmerzen ein, welche dazu führten, daß sich die Berufsgenossenschaft mit dem Falle beschäftigen mußte, der zunächst als Betriebsunfall gar nicht gemeldet war. Patient stand von der zwölften Woche an in meiner Behandlung, und ich hatte auf Anfrage der Berufsgenossenschaft (die Fragen ergeben sich aus den Antworten) später folgendes zu erwidern.

1. Z. hat vom 24. April bis 5. Juli 1901 in meiner Behandlung gestanden.

2. Diagnose: Neuritis plexus brachialis. Wegen „Neurasthenie", wie es in der Anfrage heißt, ist Patient überhaupt nicht behandelt worden. Er ist seitens der Ortskrankenkasse mehrere Wochen im Genesungsheim F. gewesen und war während der Behandlung durch mich nicht mehr und nicht weniger neurasthenisch als viele andere für gesund Geltende. Dagegen hatte er eine lokalisierte Neuritis ausgesprochener und seltener Art. Die Bewegungen des Oberarms im Schultergelenk waren aktiv möglich, Patient hatte aber besonders bei

Hebung der Schulter und Drehung des gestreckten Armes nach hinten und unten heftige Schmerzen. Über der Schulter bestand eine bedeutende Herabsetzung der Hautempfindlichkeit. Besonders auffällig war die Aufhebung der Empfindung für Wärme- und Kältereize. Während der Behandlung stellte sich etwa drei Monate nach dem Unfall noch eine erhebliche Atrophierung der Clavicularportion des m. pectoralis maior ein. Fibrilläre Zuckungen konnten an den atrophierten Muskelbündeln beobachtet werden. Die elektrische Erregbarkeit war qualitativ schwach verändert. Die Streckmuskulatur des Oberarms (m. triceps hatte die normale Spannung verloren und fühlte sich schlaff und weich an. Sie war etwas atrophisch und ist es auch noch jetzt, so daß der Oberarmumfang um etwa 1 cm gegen die andere Seite verringert ist. Die elektrische Erregbarkeit des m. triceps zeigte aber keine Entartungsreaktion und war nur quantitativ verändert.

3. Wegen dieser Symptome mußte man daran denken, ob es sich nicht um eine krankhafte Veränderung im Halsmark (Syringomyelie) handeln könne, die sehr langsam fortzuschreiten pflegt und bei der es schwer zu entscheiden gewesen wäre, inwieweit sie mit dem Unfall zusammenhinge. Jedoch zeigte sich andrerseits eine zweifellose Tendenz zur Besserung, und ich entließ deshalb Z. versuchsweise zur Arbeit, gab ihm aber auf, in einer mir befreundeten Poliklinik sich von Zeit zu Zeit vorzustellen. Dort ist er auch bis heute weiter elektrisch behandelt worden.

4. Z. ist also am 5. Juli nicht als völlig geheilt zur Arbeit entlassen worden.

5. Durch die inzwischen fortgeschrittene Bewegungsfähigkeit des rechten Armes im Schultergelenk und den weiteren Nachlaß der Schmerzen und Atrophien ist es erwiesen, daß es sich nicht um eine Halsmarkerkrankung, sondern um eine teilweise noch bestehende Veränderung peripherer Nerven gehandelt hat. Nach dem anatomischen Befund sind hauptsächlich betroffen: der V. Cervicalnerv des plexus brachialis, und zwar die nn. suprascapulares, die die Schulter mit sensiblen Hautästen versorgen und die nn. thoracici anter., die den m. pectoralis maj. innervieren; sowie der n. radialis des VI. Cervicalnerven, der den m. triceps innerviert. Solche Neuritiden sind entweder infektiöser oder traumatischer Natur. Daß in unserm Falle eine traumatische Ursache vorliegt, ist nach dem vorausgegangenen Unfalle nicht zweifelhaft. Dieser fand an einer Kniehebelpresse statt. Ihre Abbildung zeigt, daß der $1^1/_2$ m lange Hebel, da er einen viel größeren Kreisbogen als der Arm im Schultergelenk beschreibt, beim Niedersausen nach hinten, wie das beim Unfall geschehen ist, den gestreckten Arm gewaltsam nach hinten und abwärts drehen und den ganzen Mann mitreißen mußte. Solche Neuritiden nehmen in der Regel einen günstigen Verlauf in mehreren Monaten, wie sie sich auch erst allmählich entwickeln können, wodurch die verspätete Meldung der Erkrankung als Unfallfolge erklärlich wird. Daher ist es nicht verwunderlich, daß Prof. E. im Oktober 1901 von den neuritischen Symptomen nach ihrer Rückbildung wenig mehr bemerken konnte. Jedoch ist ihm darin zu widersprechen, daß „die geringe Atrophie des Oberarms“ auf sogenannter Inaktivitätsatrophie infolge der Ruhestellung des Gliedes beruhen soll. Dann müßte diese wenigstens eine solche sein, an der alle Muskeln des Oberarms teilnehmen, während nur eben die Streckmuskulatur noch immer schlaffer und schwächer ist. Zudem ist die Atrophie auch des m. pectoralis noch heute für jedermann deutlich zu konstatieren, nicht nur für das ärztliche Auge.

Als ich diese gutachtliche Äußerung 1901 abgab, schien mir dieser Fall dadurch eindeutig erklärt zu sein. Später, als ich die reflekto-

rischen Atrophien nach Gelenkverletzungen besser kennen gelernt hatte, habe ich die beschriebene Erkrankung nicht mehr so einfach interpretiert, doch kann dieser zweite Erklärungsversuch erst nach Besprechung unseres zweiten und dritten Falles mit Nutzen erörtert werden. Hier sei nur noch hinzugefügt, daß Z. niemals irgendwelche psychisch-nervösen Erscheinungen dargeboten hat.

Fall II.

Der 1865 geborene Eisendreher A. K., 1892 durch Unfall an der Eisendrehbank verletzt, hat seitdem bis 1895 eine Rente von 30 % bezogen. Er geriet mit der linken Hand zwischen den Durchstichstahl und die Riemenscheibe, so daß ihm auf dem Handrücken mehrere Sehnen durchgeschnitten wurden. Auch die Mittelhandknochen wurden verletzt. Er verlor dabei nicht nur nicht das Bewußtsein, sondern hatte selbst die Geistesgegenwart, seine Maschine sofort „auszurücken". Als Folge des Unfalls hat er in der Mitte des linken Handrückens eine tiefgehende Narbe, die sich strahlenförmig, ulnarwärts nach dem kleinen Fingerballen und nach dem vierten Finger, radialwärts nach dem Zeigefinger, rückwärts bis zur Mitte des Handgelenks fortsetzt. Die letzte Ausstrahlung soll von der Operation herrühren. Der Daumen ist in seiner Bewegung frei. Das erste Glied des kleinen Fingers ist fast unbeweglich, die ersten Glieder des vierten, dritten und zweiten Fingers lassen sich zusammen nur bis 45° aktiv beugen. Gebessert hat sich die Beugefähigkeit des Zeigefingers, mit dem allein ein aktiver Druck auf die Handfläche möglich geworden ist. Mit dem dritten, vierten und fünften Finger ist jede aktive Berührung der Handfläche unmöglich. Patient beklagt sich über ziehende Schmerzen im Unterarm, ohne die Beschwerden lokalisieren zu können.

Der Verletzte erhielt von 1895 bis 1900 noch 20 % Entschädigung, von 1900 an sollte er laut schiedsgerichtlicher Entscheidung nur noch 10 % erhalten. Für das Reichsversicherungsamt gab ich daher folgendes Gutachten ab, dem es auch gefolgt ist.

In dem Antrag der Berufsgenossenschaft auf völligen Wegfall der Rente wird gesagt, daß die gehörten Gutachter übereinstimmend die kräftige Muskulatur der linken Hand und des linken Vorderarms sowie die schwielige Beschaffenheit der Greiffläche der linken Hand bezeugen. Was der Hinweis auf die schwielige Beschaffenheit der Hohlhand in diesem Zusammenhang bedeuten soll, ist unverständlich, denn diese Schwieligkeit, die dem gewöhnlichen Zustand jeder Arbeiterhand entspricht, fällt überhaupt gar nicht ins Gewicht gegenüber der einfach sichtbaren Tatsache, daß K. die Hand nicht schließen kann. Er kann nur höchstens mit dem Zeigefinger den Handteller berühren, und hierin hat sich, wie er angibt, der Unfallszustand seit 1892 gebessert, aber auch nur darin; und dies ist schon bis 1895 der Fall gewesen, kann also für die Herabsetzung von 20 % auf 10 % jetzt nicht in Frage kommen. Dagegen ist Patient keineswegs imstande, den dritten, vierten und fünften Finger zur Faust zu schließen, was seine Arbeits-

fähigkeit als Schlosser doch gewiß ganz erheblich beeinträchtigt. Die Begründung der Berufsgenossenschaft gibt auch an, daß von Muskelschwund nicht die Rede sei. Dies bezieht sich auf die Angabe des Reklamanten in seiner Berufungsschrift vom November 1900, daß „der durch Unfall eingetretene Muskelschwund“ gar nicht in Betracht gezogen worden sei. Patient ist der Meinung, daß sein linker Arm nicht mehr so kräftig sei wie vorher, sowohl bezüglich seines Umfanges wie bezüglich seiner Funktion. Dies trifft für den Vorderarm nicht zu, denn dessen Muskulatur ist rechts wie links ganz gleich entwickelt. Es trifft aber zu für den Oberarm: die Messung desselben hat offenbar bisher nicht stattgefunden, während sie ausschlaggebend zu sein scheint. Die Maße sind, der Reihe nach über dem Biceps bei vollkommener Beugung, halber Beugung und Streckung des Armes genommen, folgende:

| | | |
|---|---|---|
| 1. | rechts 34 cm, | links 33 cm, |
| 2. | „ 33 „ , | „ 32 „ , |
| 3. | „ $28^1/_2$ „ , | „ $27^1/_2$ „ . |

Die Messungen sind wiederholt und eher zu Ungunsten des Patienten ausgeführt worden. Der Maßbefund stimmt überein mit der Palpation. Dieselbe ergibt links eine weiche und schlaffe Oberarmmuskulatur. Der Einwand, der gemacht werden könnte, daß schon vor dem Unfall der linke Arm schwächer als der rechte gewesen sei, widerlegt sich durch die gerade auch von der Berufsgenossenschaft angeführte Tatsache, daß beide Vorderarme noch jetzt gleich gut entwickelt sind. Daraus ist zu schließen, daß nicht ein Zurückgebliebensein der linken Seite gegen rechts vorliegt, sondern eine Abnahme der linken Oberarmmuskulatur infolge des Unfalls.

Dieser bisher nicht berücksichtigte Umstand gibt den Ausschlag dahin, daß dem Patienten noch jetzt ganz zweifellos 20% Entschädigung zuzubilligen sein werden. Bei den Anforderungen, die seine Tätigkeit als Eisendreher an seine Armmuskulatur stellt, kann auch von einer Gewöhnung an den mangelhaften Zustand seiner linken Hand und seines linken Oberarms im Sinne einer vermehrten Arbeitsfähigkeit nicht die Rede sein.

Träfen nicht Umstände zu, die den Verletzten zurzeit erwerbsfähiger erscheinen lassen, als er schlechthin nach dem ärztlichen Befunde beurteilt werden muß, so würde seine jetzige Erwerbsunfähigkeit höher als 20%, etwa auf 30% anzuschlagen sein. Sein Zustand ist als dauernd zu bezeichnen.

Das Reichsversicherungsamt entschied gemäß diesem Gutachten und setzte die Rente auf 20% fest.

Seit dem Unfall beklagt sich K. über Kopfschmerzen. Sie konnten nicht als psychogen angesprochen werden. Auch Alkoholismus lag bei dem Patienten nicht vor. Er machte den Eindruck eines geistig normalen und fleißigen Arbeiters. Zu Ostern 1906 verfiel er ziemlich plötzlich in einen tobsuchtähnlichen Zustand, kam in die psychiatrische Klinik und von dort in die Heilanstalt D. Von Mitte 1906 bis März 1907 war er außerhalb der Anstalt, konnte aber nicht arbeiten. Um diese Zeit bekam er eine zweite Bewußtseinsstörung und lebt seitdem wieder in der Anstalt. Seine Pupillenlichtreflexe sind fast aufgehoben, die Patellarreflexe schwach, so daß man ihn als Paralytiker anzusehen hat. Die Entwicklung der Paralyse seit 1906 hat natürlich nicht das Mindeste mit dem Unfall von 1892 zu tun; ich erwähne die Fortsetzung

seiner Krankengeschichte nur deshalb, weil die Verfolgung des weiteren Lebens eines Nervenkranken stets von hohem Interesse ist und grundsätzlich nie verabsäumt werden sollte.

Fall III.

Der 1844 geborene Bohrer E. M. erlitt am 25. Februar 1896 einen Unfall, wobei ihm die Kuppe des dritten Gliedes des Mittelfingers der rechten Hand abgequetscht wurde. Die Wunde heilte in sechs Wochen. Nach acht Wochen nahm er seine Arbeit wieder auf, arbeitete aber zur Schonung an einer Fräsemaschine, wobei der dritte Finger nicht benutzt zu werden brauchte. Der Finger war noch empfindlich. Allmählich entwickelten sich ziehende Schmerzen im Arme, ja der ganze Körper schien in Mitleidenschaft gezogen zu werden. Dabei hatte M. Angst, „er wußte selbst nicht warum". Nun begann das Herumgeschicktwerden bei den Ärzten: von dem Kassenarzt kam er zur Begutachtung zu Prof. H., dann in die Poliklinik des Dr. W., später durch die Berufsgenossenschaft zum Chirurgen Dr. B. Dieser nahm in der 15. Woche nach dem Unfall die Amputation des verletzten Gliedes vor. Nach der Operation wurde es besser, und Patient hatte nur noch eine unangenehme Empfindung im rechten Unterarm. Nunmehr arbeitete er ein reichliches Jahr. Ende 1897 mußte er sich aber wegen heftiger Schmerzen wiederum beim Arzte melden, versuchte jedoch, weiter zu arbeiten. Mitte 1898 aber sah er sich endlich wegen zunehmender Schmerzen gezwungen, die Arbeit aufzugeben. Nach Beendigung der hauptsächlich elektrischen Behandlung wurde ihm Ende 1898 durch das Gutachten des Prof. H. nur noch 10% bewilligt. Gegen Ende 1899 habe ich auf Veranlassung der Berufsgenossenschaft folgendes Gutachten abgegeben:

Patient gibt an, bis zum 25. Februar 1896 ein völlig gesunder und arbeitsfähiger Mann gewesen zu sein. An diesem Tage traf ihn im Maschinenfabrikbetriebe U. & L. ein Unfall. Er war damit beschäftigt, eine Dampfwinde vom Arbeitsplatze zu schaffen. Diese Dampfwinde hing an der sogenannten Katze und sollte auf den Erdboden herabgelassen werden. Sie kam aber unrichtigerweise auf eine Kante zu stehen, mußte nun in dieser Stellung mit größter Anstrengung erhalten und langsam niedergelassen werden. Dies geschah jedoch durch einen plötzlichen Ruck, wobei besonders der rechte Arm des M. durch die schwere Last der Dampfwinde im Ellenbogengelenke gewaltsam gestreckt wurde. Dabei fuhr ihm auch noch der Kettenhaken der Katze in das lezte Glied des Mittelfingers und quetschte dasselbe gegen die Querstange der Winde. Die Wunde heilte normal und M. konnte wieder arbeiten. Im Oktober 1898 kam Patient in meine Beobachtung. Ich behandelte ihn galvanisch, was ihm guttat, ohne doch die Beschwerden dauernd zu heben. Damals ging es um die Frage, ob die ihm gewährte Rente von 10% weiter bewilligt werden sollte. Am Finger konnte man, abgesehen von der Narbe, nichts Pathologisches feststellen. Diese war auch weiter nicht empfindlich. Im rechten Ellenbogen war über dem condylus internus bei

supiniertem und etwas gebeugtem Vorderarm eine zirkumskripte Stelle besonders schmerzhaft, und der Vorderarm war nicht bis zu 180° streckbar.

Im August 1899 stellte Patient sich mir wieder vor. Er hatte in einer Holzbearbeitungsmaschinenfabrik nach Möglichkeit gearbeitet. Schwere Arbeit wie früher kann er nach seiner Angabe nicht mehr verrichten. Da nach Mitteilung der Berufsgenossenschaft die ihm 1896 zuerkannte Rente von 10% nunmehr in Wegfall kommen soll, ist zuzusehen, ob noch eine positive Grundlage für die dauernden Beschwerden vorliegt. M. wurde im August und September gründlich untersucht, und hierbei ergab sich folgender Befund:

1. Der rechte Arm ist sichtbar schwächer als der linke, und zwar sowohl der Unterarm als der Oberarm. Der größte Umfang der Oberarme beträgt:

links 30,5, rechts 28,7 cm,

der größte Umfang der Unterarme:

links 27,4, rechts 26,5 cm.

2. Die Streckbarkeit der Unterarme beträgt:

links 180°, rechts 180°—22°.

3. Am rechten Arm ist ein Schmerzpunkt zu konstatieren, etwa 2 cm oberhalb des condylus internus bei supiniertem und etwas gebeugtem Vorderarm. Dieser Schmerzpunkt ist nicht auf einen Nerven, sondern auf das Gelenk zu beziehen. Hieraus muß die Diagnose gestellt werden: chronisch-pathologischer Prozeß des rechten Ellenbogengelenkes mit Schrumpfung der Kapsel.

Es ist klar, daß ein Schlosser mit solchem Arm keine vollgültige Arbeit leisten kann und unzweifelhaft, daß die Arbeitsunfähigkeit des M. nicht weniger als 10% sondern erheblich mehr beträgt. Es kommt jedoch hier darauf an, ob dieser Zustand Folge des Unfalls von 1896 ist.

Die bisherige Betrachtung des Falles geht immer nur von der verletzten Fingerkuppe aus und schließt, daß, da diese Verletzung gut geheilt ist, auch die Folgen des Unfall erledigt sein müssen. Diese Betrachtung läßt beiseite, daß der Unfall erst sekundär in der Abquetschung der Fingerkuppe bestanden hat, zunächst aber in einer gewaltsamen Streckung des rechten Armes. Daß von der verletzten Fingerkuppe oder von der Operationsnarbe aus ein aufsteigender entzündlicher Nervenprozeß stattgefunden hat, wie mehrere Gutachter annehmen, ist sehr unwahrscheinlich, aber eine hieran haftende Betrachtungsweise muß darauf zukommen, ein allmähliches völliges Verschwinden neuritischer Beschwerden zu erwarten. Ganz anders stellt sich die Sache dar, wenn man die gewaltsame Streckung des Armes, die deutliche Atrophie desselben, die vorhandene Kontraktur des Vorderarms in Beugestellung und die Schmerzhaftigkeit des Ellenbogengelenks beachtet.

Nach diesem Befunde gebe ich mein Gutachten dahin ab, daß bei dem Unfall von 1896 nicht bloß eine Abquetschung der Fingerkuppe des rechten Mittelfingers, sondern auch eine Verletzung des Ellenbogengelenks stattgefunden hat, als deren Folgen die drei Befundstatsachen: Atrophie des rechten Arms um mindestens 2 cm im Umfang, mangelnde Streckbarkeit des Vorderarms um 22° und Schmerzhaftigkeit des oben beschriebenen Punktes über dem Ellenbogengelenk betrachtet werden müssen. M. ist infolgedessen

1. um 10% Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt,
2. darüber hinaus noch mindestens um 20% arbeitsunfähig.

Die Entscheidung des Schiedsgerichts erfolgte demgemäß und wurde rechtskräftig.

Im Jahre 1900 war M. wieder arbeitsunfähig und wurde von mir deshalb wieder untersucht. Auf Veranlassung der Berufsgenossenschaft äußerte ich mich gegen Ende der Behandlung folgendermaßen:

M. wird von nächster Woche ab für leichtere Arbeit wieder arbeitsfähig sein. Voraussichtlich wird aber sein Zustand öfter zur Arbeitsunfähigkeit führen. Für seine Berufstätigkeit als Maschinenschlosser ist er meiner Ansicht nach jetzt mindestens 50% erwerbsunfähig und wird es voraussichtlich auch bleiben, da die pathologische Veränderung des Ellenbogengelenkes durchaus chronisch und stationär ist.

Inzwischen wurde M. wiederum von einem Chirurgen untersucht, der die Veränderung im Ellenbogengelenk und die Atrophie des Armes mangels jeder anamnestischen chirurgisch nachweisbaren Verletzung des Gelenkes lediglich auf die Ruhestellung des Gelenkes während und nach dem Unfall und eine dadurch bedingte „Inaktivitätsatrophie" zurückführen wollte. Demgegenüber habe ich in einem dritten Gutaehten vom Mai 1901 betont:

daß die chronischen Veränderungen des Ellenbogengelenkes einschließlich der Gelenkkapsel und die Atrophie besonders des Oberarms um 2 cm von dem überstreckten Ellenbogengelenk aus auf indirektem, durch die nervösen Elemente vermitteltem Wege allmählich stattgefunden haben. Eine Besserung des Zustandes sei nach aller Erfahrung ausgeschlossen, ebenso aller Wahrscheinlichkeit nach eine weitere Verschlimmerung. M. sei also nach wie vor um 50% geschädigt.

Während man dem Verletzten im Jahre 1899 eine Entschädigung von 10% entziehen wollte, hat man ihm nach vollständiger Klarstellung aller Umstände im Jahre 1901 eine solche von 50% zugesprochen.

Dieser lehrreiche Fall ist typisch für eine nach traumatischer Irritation eines Gelenkes reflektorisch entstandene Muskelatrophie, kombiniert mit Kontrakturerscheinungen.

Diese Erkrankungen sind in maßgebenden deutschen Lehrbüchern (Strümpell, Möbius, Goldscheider) so gut wie gar nicht behandelt, weshalb ihre Pathogenese und Diagnostik fast unbekannt zu sein scheint. Wir haben aber an der praktischen Behandlung unserer drei Fälle zur Genüge gesehen, wie notwendig ihre Erkenntnis ist.

Schon 1839 hat J. Hunter auf sie aufmerksam gemacht. Seine Befunde wurden durch französische und englische Forscher bestätigt, z. B. 1869 durch A. Ollivier, 1877 durch J. Paget, 1881 durch Guyon et Féré. Charcot hat ihr in seinen „leçons sur les maladies du système nerveux. Tome troisième"[1]) die zweite Vorlesung gewidmet.

Dort heißt es:

S. 23 der deutschen Übersetzung:

---

[1]) Deutsch von S. Freud unter dem Titel: „Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie". Leipzig und Wien 1886.

„Man weiß heute durch zahlreiche Forschungen, daß eine atrophische Lähmung, welche die Streckmuskeln allein (oder wenigstens hauptsächlich) befällt, häufig als Komplikation mannigfacher spontaner oder traumatischer Gelenkerkrankungen auftritt. Diese Atrophie, welche sich als eine einfache ohne entzündlichen Charakter darstellt, tritt sehr rasch ein; sie ist in 20% der Fälle nach acht Tagen, bei 44% nach Verlauf von 14 Tagen ausgebildet.“

S. 24—25:

„Eine einfache bald ausheilende Verrenkung, eine einfache nicht entzündliche, nicht schmerzhafte Hydarthrose, eine ganz leichte traumatische Affektion des Gelenks können dieselben Folgen nach sich ziehen wie die mit großer Intensität auftretenden Gelenkleiden spontaner oder traumatischer Natur. Es gibt keine feste Beziehung zwischen der Intensität der Gelenkaffektion und der Intensität der atrophischen und paralytischen Symptome.“

S. 26:

„Es kann keine tiefgehende Veränderung der Vorderhornzellen vorliegen, denn die Folgen einer solchen sind, wie uns durch die Kinderlähmung bekannt ist, ganz andere. Es kommt dann zur Entwicklung der Entartungsreaktion, nämlich Erhöhung der galvanischen bei Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit, wenigstens solange die Affektion nicht weit vorgeschritten und der Muskel nicht gänzlich zerstört ist. In letzterem Falle sind beide Arten der elektrischen Erregbarkeit erloschen. Eine Wiederherstellung derselben ist so gut wie unmöglich. Sie sehen, wie im Gegenteil in unserm Falle die elektrische Erregbarkeit sich bei geeigneter Behandlung herzustellen beginnt. Es könnte sich also hier nur um eine Art von Funktionseinstellung, einen Stupor der zelligen Elemente handeln.“

S. 28—29:

„Man darf auch nicht vergessen, daß Lähmung und Atrophie nicht die einzigen sekundären Symptome sind, die sich an eine Gelenkerkrankung knüpfen können. Diese Gruppe von Tatsachen umfaßt noch kompliziertere Formen. Gewisse Gelenkentzündungen oder traumatische Gelenkaffektionen führen durch reflektorische Wirkungen zu einer Kontraktur, die sich auf die Muskeln des betreffenden Gelenks beschränkt oder sich auf das ganze Glied ausbreitet. Solche Fälle kommen sogar sehr häufig vor, und man weiß, daß mitunter die Flexoren das Übergewicht über die Extensoren erlangen, so daß das Gelenk in Beugestellung fixiert wird. In andern Fällen kombinieren sich Atrophie und Kontraktur.“

Unser Fall III ist ein vollständig ausgebildeter. Es ist alles vorhanden: Parese, Atrophie sowohl der Strecker als der Beuger, Kontraktur der Beuger, Schrumpfung der Gelenkkapsel. Die Atrophie hat sogar den Unterarm ergriffen. Diese Erkrankung betraf einen älteren, erfahrenen und äußerst ruhigen Mann. Dieser verlor dadurch einen erheblichen Teil seiner Erwerbsfähigkeit als Maschinenschlosser und machte die Erfahrung, daß erst nach Jahren die vorhandene Kontraktur und Muskelatrophie festgestellt und anerkannt wurde. Diese war deshalb lange unbeachtet geblieben, weil die Untersucher den Unfallvorgang im einzelnen sich nicht klar gemacht hatten und immer nur von der Verletzung der Fingerkuppe ausgegangen waren. So hatten sich, als der Mann trotz besten Willens zur Arbeit eine Verschlimmerung seines Zustandes wahrnahm, psychogene Erscheinungen hinzugesellt, die aber sofort nachließen, als die zunehmenden Beschwerden des Verletzten ihre

natürliche Erklärung fanden und er eine seinem Zustand entsprechende Entschädigung erhielt.

Auch im Fall II ist die Beurteilung dadurch eine schiefe geworden, daß die Beobachter an der unmittelbar verletzten Körperstelle haften geblieben sind und eine räumlich davon getrennte Veränderung nicht konstatiert haben. In diesem Falle waren zwischen Unfall und meiner Untersuchung neun Jahre verflossen. Trotzdem ist es mir nicht zweifelhaft, daß die von dem Verletzten seit dem Unfall deutlich bemerkte Schwächung des Oberarms ursächlich mit dem Unfall zusammenhängt, und zwar wie in Fall III durch eine Irritation des Ellenbogengelenks verursacht ist.

Charcot teilt in dem zitierten Aufsatz mit, daß meist nur die Strecker des betreffenden Gelenkes atrophieren, versucht aber dafür keine Erklärung. Sollte sie nicht einfach darin gegeben sein, daß diejenigen Muskeln atrophisch werden, die während des affizierenden Vorganges in eine gewaltsame Überaktion geraten? Wenigstens ist in unserm Fall III eine derartige Überbewegung vorausgegangen. Eine solche wird auch viel eher bei Extension der Glieder stattfinden, da aus natürlichen Gründen eine Überbeugung der gegeneinandergeführten Glieder viel weniger möglich erscheint.

In dem Falle III ist eine solche gewaltsame Streckung einwandfrei nachgewiesen, und auch im Falle II ist es sehr wahrscheinlich, daß bei der Verletzung eine heftige Reaktionsbewegung im Ellenbogen stattgefunden hat. Übrigens konnte hier ein besonderes Betroffensein der Strecker nicht mehr nachgewiesen werden und erschien die ganze Oberarmmuskulatur nur deutlich schlaffer als die der gesunden Seite. Dagegen trat in Fall I in ausgeprägter Form eine isolierte Hypotonie des Triceps ein bei vollständiger Schmerzlosigkeit der Bewegung im Ellenbogengelenk. Mir ist es daher wahrscheinlich geworden, daß in diesem Falle eine seltene Kombination von Neuritis des fünften Cervicalnerven mit einer reflektorischen Parese und Atrophie des Triceps infolge von gleichzeitiger Affektion des Ellenbogengelenkes vorliegt. Daß bei der heftigen Drehung des Armes im Schultergelenk auch eine Streckung desselben stattgefunden haben muß, geht aus der Genese des Unfalls ohne Zweifel hervor. Somit nehme ich an, daß dabei eine direkte Verletzung des n. radialis nicht stattgefunden hat. Daß es sich vielmehr um zwei getrennte Prozesse handelt, wird durch das zeitliche Auseinanderliegen der Atrophie des Triceps und der Atrophie des pectoralis noch wahrscheinlicher. Wie schon erwähnt, trat die Atrophie des pectoralis erst drei Monate nach dem Unfall ein, während die Atrophie des Triceps schon lange vorher bestanden hatte.

Diese reflektorischen Atrophien nach Gelenkaffektionen werden

gewöhnlich als „Inaktivitätsatrophien" angesprochen. Jedoch entsteht durch Ruhigstellung eines gesunden Gliedes oder durch Einschränkung seiner Funktion niemals eine Atrophie mit Parese und Hypotonie, sondern höchstens eine gewöhnliche Abmagerung der Muskulatur. Der nichts- oder wenigsagende Ausdruck „Inaktivitätsatrophie" ist daher möglichst zu vermeiden, denn er spiegelt ein Verständnis vor, wo keines vorhanden ist.

Das Ergebnis unserer drei Fälle wird noch präziser hervortreten, wenn wir ihnen unsern vierten Fall gegenüberstellen.

### Fall IV.

Die 1876 geborene Prägerin L. Sch. hat 1896 dadurch einen schweren Unfall erlitten, daß sie in der Kunstdruckanstalt E. und Sch. mit der rechten Hand und dem rechten Unterarm in die „Blitz"-Prägemaschine kam. Beim Einlegen und Feststecken der zu prägenden Karte erfaßte der die Matrize enthaltende Deckel ihre Hand und zog sie mit nach hinten, so daß der niedergehende Druckstempel den ganzen Unterarm bis zum Ellenbogengelenk einquetschte. Nur durch die Geistesgegenwart einer Mitarbeiterin, die die Maschinentransmission sofort unterbrach, wurde die vollständige Zerquetschung des Vorderarmes verhindert. Der Daumen und Daumenballen sowie der dazu gehörige Mittelhandknochen waren vollständig verloren, das Handgelenk war erheblich gepreßt und eine bis zum Ellenbogen reichende, tiefgehende offene Fleischwunde an der Außenseite des pronierten Vorderarms entstanden. Während des Unfalls hatte Patientin das Bewußtsein keinen Augenblick verloren. Der Daumen und Daumenballen samt dem dazugehörigen Metakarpalknochen wurden amputiert, die zerfetzten Haut- und zerquetschten Muskelteile entfernt, die etwa verletzten Sehnen genäht und später an Stelle der verlorenen Hautdecke Streifen eigener Oberschenkelhaut auf die Wunde transplantiert. Diese Operation ist augenscheinlich mit Meisterschaft ausgeführt worden, so daß der Verletzten alles erhalten blieb, was nur irgend möglich war. Die Wunde heilte vorzüglich, und der operative Endzustand ist folgender.

An Stelle des Daumens und Daumenballens findet sich eine gut verheilte höckerige Vernarbung. Diese setzt sich in eine spitz zulaufende Narbe von 14 cm Länge bis in die Mitte der Beugeseite des Vorderarmes fort. Die Basis dieser Narbe ist $3^1/_2$ cm breit. An der Außenseite des pronierten Vorderarms geht längs der Ulna eine Narbe bis zu den Condylen. Dieser ziemlich gleichmäßige Narbenstreifen hat eine größte Breite von 5 cm. Außerdem finden sich auf der Dorsalfläche des Handgelenks noch einige kleinere Narben. Der Umfang des Hand-

gelenks beträgt auf der verletzten Seite 17,5 cm, $^1/_2$ cm mehr als auf der gesunden, was sich durch narbig-kallöse Verdicknng der verletzten Handwurzelknochen nnd -bänder erklärt. Auch der Umfang des Unterarms beträgt im ersten Zweidrittel dnrchschnittlich 1 cm mehr als auf der gesunden Seite. Dies kommt daher, daß die Bengemusknlatur teilweise durch bindegewebige und fettige Degeneration zu einer weichen und verdickten Masse geworden ist. Wir haben es hier also mit einer „Pseudohypertrophie" zn tun, während wirklich eine Atrophie der betroffenen Mnskelbündel vorliegt. Von den Vorderarmmnskeln der Beugeseite werden hanptsächlich die mm. ulnaris und radialis internus, palmaris longus und flexor digitornm communis betroffen sein, von den Streckern der m. ulnaris externus und der extensor digitornm commnnis. Die elektrische Erregbarkeit aller Muskeln ist nnr qnantitativ verändert, und es besteht keine ausgeprägte Entartungsreaktion. Es ist auch aus der Anamnese nicht zn entnehmen, daß zn irgendeiner Zeit nenritische Veränderungen an dem verletzten Gliede bestanden haben. Die seknndären Atrophien sind hier Folge des schwer verletzten Handgelenks, insofern also, soweit sie nicht direktem Snbstanzverlnst zuzuschreiben sind, ebenfalls reflektorisch entstanden. Ein bemerkenswerter Unterschied zn den Atrophierungen in den Fällen I, II nnd III besteht also darin, daß sie nicht durch Gelenküberaktion, sondern dnrch mechanische Verstümmelnng des Handgelenks entstanden sind. Hier sind denn auch die Beuger, nnd zwar stärker, betroffen. Fnnktionell besteht der folgende Statns. Die Bewegnngen im Ellenbogengelenk sind, abgesehen von Spannnngsempfindnngen, frei. Die Bengung der Hand ist recht uuvollkommen, die Strecknng weniger; die Snpination und Pronation ist nicht wesentlich behindert. Der dritte und vierte Finger kann aktiv bis in die Hohlhand gebeugt werden, nicht aber der zweite nnd fünfte. Die Strecknng nnd Spreizung der Finger ist möglich, wenn auch etwas kraftlos nnd nngeschickt. Die Hautsensibilität ist am Vorderarm rechts nnd links annähernd gleich, sowohl auf Drnck nnd Stich wie auf Temperatur. Die Sehnen- nnd Periostreflexe an dem verstümmelten Arm zeigen nichts Abnormes, das verstümmelte Glied fühlt sich bei wiederholter Prüfung kälter an als das der gesnnden Seite. Die Patellarreflexe sind sehr lebhaft, nnd zwar ist der rechte noch lebhafter als der linke.

Patientin klagt zeitweise über Schmerzen, die von dem verletzten Arm ausgehen. Sie treten besonders nach Erregungen auf, mitunter aber auch ohne bemerkbare Ursache. Die Schmerzen sind ziehend nnd spannend nnd von nnbestimmter Verbreitung. Wenn die Schmerzen länger andauern, so tritt ein „Nervenzncken" ein, das meist am rechten Augenlid beginnt, auf das linke und auf den Mund übergeht und mit einem Zittern im ganzen Körper endet. Diese Anfälle sind etwa seit

Anfang 1904 bemerkt worden und Patientin steht ihnen völlig objektiv gegenüber. Sie ist besonnen und ruhig; nur selten treten ihr Tränen in die Augen, die sie rasch unterdrückt.

Patientin bekam von der Papierverarbeitungsberufsgenossenschaft zwei Jahre lang eine Rente von 75 %. 1898 schlägt Prof. E. auf Veranlassung der Berufsgenossenschaft „wegen wesentlicher Besserung gegen früher“ 60 % vor. Die Rente wurde jedoch nach Anhörung des Dr. P. auf $66^2/_3$ % festgesetzt. Im Jahre 1904 nach ihrer Verheiratung hat die Berufsgenossenschaft vom Chirurgen Dr. H. eine gutachtliche Äußerung eingefordert; und dieser hat die Annahme der Berufsgenossenschaft, daß nunmehr nach acht Jahren eine „Besserung durch Übung und Gewöhnung“ eingetreten sein müsse, für „durchaus berechtigt“ erklärt. Der Gutachter schließt sich dem Urteil des Sachverständigen Prof. E. vom Jahre 1898 an und polemisiert gegen Dr. P., der, trotzdem er dem Prof. E. in der Hauptsache beipflichtet, eine Rente von $66^2/_3$ % für angemessen gehalten hat. Er nimmt also an, daß noch jetzt, wie 1898, eine Erwerbsunfähigkeit von 60 % besteht und redet alsdann im Sinne der Annahme der Berufsgenossenschaft von einer Besserung durch Übung und Gewöhnung im Laufe von acht Jahren; jedoch läßt er es unklar und zweifelhaft, ob er die begutachtete Erhöhung der Erwerbsfähigkeit um $6^2/_3$ % auf Rechnung dieser Gewöhnung setzen oder ob er darin lediglich dem Urteile des Prof. E. vom Jahre 1898 folgen will.

Hierzu habe ich für das Schiedsgericht folgendes Gutachten abgegeben.

Die Berufsgenossenschaft hat im schwebenden Verfahren behauptet, das Gutachten des Dr. H. habe die Annahme einer „wesentlichen Besserung“ für berechtigt gehalten. Tatsächlich hat aber Dr. H. nur die Annahme einer Besserung durch Übung und Gewöhnung für berechtigt erklärt, als Begründung dieser Annahme jedoch lediglich den Zeitraum von acht Jahren angeführt, nicht aber den chirurgischen Befund. Es ist auch nach der Natur der Verletzung und Narbenbildung gänzlich ausgeschlossen, daß dieser sich ad melius verändern könnte, vielmehr muß er bis zum Tode der Verletzten absolut gleichbleiben. An einem solchen völlig stabilen Operationsendzustande kann es eine Übung und Gewöhnung in dem Sinne überhaupt nicht geben, daß dadurch die Funktion des verletzten Gliedes tatsächlich gebessert würde. Man könnte höchstens daran denken, daß nervenpathologisch bedingte Momente, die die Funktion des verletzten Gliedes ursprünglich mit beeinträchtigt haben, allmählich weggefallen seien. Solche Nebenmomente haben aber weder bei der Verstümmelung noch bei der Operation und bei dem Heilungsprozeß vorgelegen. Erst hinterher und im Laufe der Jahre nach dem Unfall haben sich nervenpathologische Symptome sowohl sensibler als motorischer Art bei der Patientin eingestellt, weshalb dieselbe erklärt, ihr Zustand sei eher schlimmer geworden und sie führe die namentlich anfallsweise auftretenden Schmerzen und Zuckungen auf den Unfall zurück, da sie deutlich von dem verstümmelten Gliede ausgehen.

Dem Sachverständigen Dr. H. ist darin beizustimmen, daß eine anatomisch-chirurgische Ursache für die genannten Beschwerden nicht gegeben ist und daß

diese zweifellos nicht von den Narben oder von chronisch-entzündlichen Veränderungen der Nervenstämme ausgehen. Die Muskulatur des Unterarms ist zwar etwas schlaff und teilweise substantiell vermindert, sie ist aber nicht nervenatrophisch, und die des Oberarms ist völlig normal. Nichtsdestoweniger sind die Schmerzen im rechten Arm die Folge des vorliegenden Verstümmelungszustandes. Der ganze Unterarm als Gliedeinheit ist funktionell gestört:

1. vasomotorisch, was sich dadurch ausdrückt, daß er sehr leicht blutarm wird, mehr Wärme braucht als der gesunde und sich dauernd kühl anfühlt;

2. mechanisch, da er bei Ausführung von Bewegungen abnormen Spannungen und dadurch hervorgerufenen Spannungsgefühlen, auch einem höheren Grad von Ermüdbarkeit unterliegt.

Ohnehin kann bei der Patientin von einer Berufsarbeit als Prägerin überhaupt nicht mehr die Rede sein, ja nicht einmal von der Möglichkeit der qualifizierten Arbeit des Schreibens, Strickens, Nähens usw., sondern es kann nur an einfache Hantierungen bei der Hausarbeit gedacht werden. Gerade hierbei ist aber die Patientin mechanischen Zerrungen und Kältewirkungen besonders ausgesetzt.

Von vornherein wäre es also näherliegend, eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten. Solange die nervösen Beschwerden aber in den Grenzen bleiben wie bisher, ist allerdings nicht zuzugeben, daß sie für eine solche Verminderung erheblich ins Gewicht fallen. Die Verletzte hat aber ganz zweifellos schon allein infolge des endgültigen chirurgischen Operationsbefundes, der durch den Unfall verursacht ist, eine dauernde Erwerbsunfähigkeit von 66 $^2/_3$%, so daß ein gründlicher Nachweis des Einflusses der sensibeln und motorischen Nervenbeschwerden auf ihre Erwerbsfähigkeit sich bisher noch erübrigt.

Das Schiedsgericht hat hierauf der Verletzten weiter 66$^2/_3$% Rente zugesprochen; auf die Berufung der Berufsgenossenschaft und deren erneuten Antrag, die Rente auf 50% herabzusetzen, hat das Reichsversicherungsamt diesem Antrag auffallenderweise stattgegeben. Hierbei sind dem Reichsversicherungsamt zwei Irrtümer untergelaufen: 1. Das Reichsversicherungsamt nennt in seiner Entscheidung den Dr. H. einen Nervenarzt und nimmt an, dieser habe nicht nur den Operationsbefund, sondern auch den Gesamtzustand der Patientin geprüft, während er nur gesagt hat: er vermöge für die nervösen Beschwerden irgendwelchen Zusammenhang mit der Verletzung nicht zu finden. Dies kann ihm als Chirurgen auch niemand übelnehmen.

2. Das Reichsversicherungsamt schlägt die Erhöhung der Erwerbsfähigkeit durch Anpassung und Übung, indem es die Rente von 66$^2/_3$% auf 50% herabsetzt, auf 16$^2/_3$% an und glaubt hierin dem „überzeugenden und bestimmten" Gutachtens des „Nervenarztes" Dr. H. gefolgt zu sein, der eine wesentliche Besserung durch Übung und Gewohnheit berechtigt erklärt habe. Der Chirurg Dr. H. hat aber davon gar nicht gesprochen, wie oben schon auseinandergesetzt ist.

Seit dieser Herabsetzung der Entschädigung um 16 $^2/_3$% haben sich nun die vom Unterzeichneten in der Zeit vom 26. Januar bis 1. Februar 1905 konstatierten nervösen Beschwerden mehr und mehr eingewurzelt und beträchtlich vermehrt, so daß es sich lohnt, in unserem

Falle das Unzweckmäßige der Rentenherabsetzung im Jahre 1904 näher darzulegen.

Es handelt sich also um eine sehr ausgedehnte und tiefgehende Verstümmelung der Hand und des Vorderarms, die aber in überraschend guter Weise zur Heilung kam. Der vortreffliche Zustand der Narben, der Mangel an eigentlicher Nervenatrophie, die nur eingeschränkte Bewegungsfähigkeit der daumenlosen Hand, der Mangel an schmerzhaften Druckpunkten lassen den Schluß zu, daß eine neuritische Veränderung niemals vorgelegen hat und auch heute nicht vorliegt. Ein psychischnervöser Zustand trat ebenfalls zunächst nicht ein. Nichtsdestoweniger ist man gezwungen, die im Laufe der Jahre sich einstellenden sensiblen und motorischen Nervensymptome in ursächlichen Zusammenhang mit der Verstümmelung zu bringen. Die Qualität der Schmerzen, der Typus ihres Auftretens, die motorischen Zuckungserscheinungen, das Zittern und die ganze Art der Gefühlsreaktion machen es sicher, daß es sich jetzt auch um einen psychogenen Nervenzustand handelt, und es scheint mir außerdem nachgewiesen, daß zwar nicht die Entstehung, aber die Steigerung der Beschwerden zu einem ausgeprägten, sich oft wiederholenden Anfall durch die hartnäckig verfolgte Herabsetzung der Rente verursacht worden ist, die ich nicht anstehe als sachlich ungerechtfertigt zu bezeichnen.

In den ergangenen Gutachten ist nur einmal von einer „wesentlichen Besserung" die Rede: in dem Bericht des Professors E. vom Jahre 1898. In dem Gutachten des Dr. H. ist lediglich von einer „gerechtfertigten Annahme einer Besserung durch Übung und Gewöhnung" infolge der Länge des Zeitraums von acht Jahren die Rede. Trotzdem stellt das Reichsversicherungsamt irrtümlich fest, daß dieses Gutachten eine „wesentliche Besserung durch Übung und Gewöhnung" gefunden habe. Man kann hier ganz deutlich erkennen, wie im Laufe der Gutachtenfolge die „wesentliche Besserung" des Professors E. von 75 % auf 60 % im Jahre 1898 auf die durch den Chirurgen Dr. H. begutachtete Besserung von $66\,^2/_3$ % auf 60 % im Jahre 1904 irrtümlicherweise Anwendung findet, und wie diese beiden verschiedenen Besserungen von dem Referenten des Reichsversicherungsamtes identifiziert werden.

Meines Erachtens kann von einer „wesentlichen Veränderung" nach § 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes in unserm Falle überhaupt ernstlich nicht gesprochen werden. Nach der Auslegung dieses Paragraphen kann eine solche zwar auch durch „Gewöhnung an einen Defekt und Benutzung kranker Glieder" eintreten. Eine solche Gewöhnung und Übung kann aber doch nur dann vorliegen, wenn erstens die verletzte Person in ihrem Berufe weiter tätig zu sein vermag und die Verletzung derart günstig

liegt, daß die im Berufe nötigen Handgriffe durch neuerlernte ersetzt werden können. Dies liegt bei unserer Klägerin nicht vor, denn der Zustand ihrer völlig daumenlosen rechten Hand und des vernarbten rechten Vorderarms ist derart, daß sie in keinem Kunstdruckereibetriebe jemals wieder eine Stelle als Prägerin erhalten kann, im strengen Sinne also um 100 % geschädigt erscheint; — zweitens, wenn die verletzte Person bei Unveränderlichkeit des tatsächlichen Gliedbefundes und Anpassungsunfähigkeit desselben an die Berufstätigkeit durch Auftreten von psychisch-nervösen Beschwerden in höherem Maße behindert war als dem chirurgischen Zustande entsprechen würde, aber durch Wegfall der psychisch-nervösen Symptome sich an den defekten Zustand angepaßt und dadurch ihre Arbeitsunfähigkeit z. T. ausgeglichen hat. In unserm Falle hat aber nun gerade das Umgekehrte stattgefunden, da psychisch-nervöse Beschwerden von vornherein gar nicht bestanden haben, sondern erst ganz allmählich zur Entwicklung gekommen sind.

Somit ist es zweifellos, daß die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes irrtümlich ist und durch den natürlichen Gang der Dinge wieder zur Aufhebung kommen muß. Die Unstimmigkeiten der seinerzeit ergangenen Gutachten und die irrtümliche Interpretation derselben von seiten des Reichsversicherungsamtes haben sicher mit dazu beigetragen, den psychisch-nervösen Zustand der recht intelligenten Patientin im Laufe der Jahre zu verstärken. Eine endgültige Entschädigung von $66\,^2/_3\,\%$ mußte vor vier Jahren durchaus als angemessen erscheinen und hätte die Angelegenheit sicherlich zu einem Ruhepunkte gebracht; nunmehr aber habe ich der Patientin dringend raten müssen, eine Entschädigung von mindestens $66\,^2/_3\,\%$ bis 75 % aufs neue zu beantragen, und zwar aus folgenden Gründen. Die seit 1904 bestehenden über den Operationsbezirk hinausreichenden, aber deutlich von ihm ausgehenden Nervenbeschwerden haben sich seitdem zu einem wohlcharakterisierten, öfter auftretenden psychogenen Anfall ausgebildet. Dieser beginnt mit „bohrenden und wühlenden" Schmerzen im Innern des verstümmelten Unterarms. Von da strahlen sie einerseits nach den Fingerspitzen, andererseits bis zur Schulter aus. Nachdem der Schmerz einige Zeit bestanden hat, treten die oben schon beschriebenen Zuckungen der Gesichtsmuskulatur auf, welche sich in letzter Zeit in ein starkes Zittern am ganzen Körper fortsetzen. Patientin fühlt sich alsdann so angegriffen, daß sie sich zu Bett legen muß. Diese Schmerzperioden dauern, wie Patientin glaubwürdig angibt, stets mehrere Tage. Selten hat sie eine Woche lang Ruhe. Gegenwärtig hat sie wochenlang mehr oder weniger Schmerzen und demgemäß auch einen sehr gestörten Schlaf. Dabei hat Patientin im Laufe der Jahre, was bei dem Mangel an Tätigkeit wohl natürlich erscheint, an Körpergewicht gegen 1902 zugenommen. In unserm Falle liegt also nunmehr ein Fall von wohl-

charakterisierter „traumatischer Hysterie“ mäßigen Grades vor, jedoch nicht in dem Sinne, daß ein leichter Unfall unverhältnismäßig starke nervöse Symptome hervorgerufen hätte, sondern in dem Sinne, daß ein von Haus aus nicht besonders disponiertes Nervensystem nach einer sehr folgenschweren Verletzung erst später sekundär psychogen erkrankt ist, und daß die sich noch in engen Grenzen haltenden Beschwerden alsdann durch den Ausgang des Streitverfahrens erheblich verstärkt worden sind.

Die Taktik des Nervenarztes, die aus meinem Gutachten, namentlich aus dem Schlußsatz erhellt, ist dadurch gekreuzt worden, daß das Reichsversicherungsamt den Sinn dieses Schlußsatzes nicht verstanden, sondern ihn lediglich im Sinne weiterer Begehrlichkeit der Patientin interpretiert hat, die gar nicht vorlag und ja gerade vom Sachverständigen durch zweckmäßige Behandlung ihres psychisch-nervösen Zustandes hintenan gehalten werden sollte. Die Voraussetzung einer solchen Behandlung wäre die Fortgewährung der Rente von $66\,^2/_3\,\%$ gewesen.

Zusammenfassend ist über die vier vorgetragenen Fälle folgendes zu sagen.

Der Fall I ist ein rein neurologischer. Niemals sind bei dem sehr intelligenten und besonnenen Kranken psychogene Erscheinungen hinzugetreten. Nur vollkommenes Unverständnis hat hier etwas „Neurasthenisches“ hineinverwickeln können. Die Versicherungsorgane und auch noch viele Ärzte scheinen sich zu solchen dogmatischen Begriffen wie „Neurasthenie“ und „Hysterie“ geradezu hingezogen zu fühlen, so daß dadurch die klare Analysierung vieler Fälle getrübt, manchmal geradezu unmöglich gemacht wird. Der Fall II ist ebenfalls ohne jedes psychisch-nervöse Symptom verlaufen, trotzdem der Verletzte durch die Behauptung der Berufsgenossenschaft gereizt wurde, es sei kein Muskelschwund vorhanden. Im Falle III hatten sich gleich am Anfang psychogene Erscheinungen angekündigt. Sie blieben aber in engen Grenzen und haben weiterhin keine Rolle gespielt. Im Falle IV ist der psychogene Anteil zwar am größten und hat zu ausgesprochenen hysterischen Anfällen geführt, jedoch haben diese meiner Beobachtung nach einen erheblichen Grad und Umfang erst dann erreicht, als der Patientin bei Gelegenheit ihrer Verheiratung infolge der Durcheinanderwirrung mehrerer verklausulierter, zum Teil überflüssiger Gutachten ohne begründete Unterlage ihre Rente erheblich gekürzt worden war.

Auch hier ist dem Reichsversicherungsamt in den Gutachten nicht genügend klar gemacht worden, daß es sich nicht nur um eine lokalisierte Verletzung der Hand, sondern um eine weitreichende Verstümmelung handelt, die eine solche Ausdehnung hat, daß von einer

rein chirurgischen Betrachtung der Hand, des Handgelenks und der Hautnarben des Unterarms keine vollständige Aufklärung aller Krankheitssymptome zu erwarten steht.

Für den praktischen Arzt ergibt sich aus unseren vier instruktiven Fällen die Regel: Bei Verletzungen ist nicht allein das verletzte Teilglied zu untersuchen, sondern man hat stets auch in der weiteren Nachbarschaft der Verletzung nach pathologischen Veränderungen zu forschen, da dieselben oft nervös vermittelt sind.

Mit vollem Recht glaube ich in meiner Veröffentlichung über Nervenkranke und Nervenheilstätten in bezug auf die vier vorgetragenen Fälle folgendes gefordert zu haben: „Unbedingt in die Nervenheilstätte gehören die nicht seltenen Fälle von feineren Gelenkerkrankungen mit reflektorisch entstandenen Atrophien und Kontrakturen infolge von Verletzungen. Diese für die Betroffenen sehr lästigen und folgeschweren Erkrankungen geben oft zu langwierigen Streitverfahren mit Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten Veranlassung und sind selbst unter Nervenärzten noch wenig beachtet, da sie oft rein chirurgisch beurteilt werden. Sie vergesellschaften sich häufig mit weiteren psychisch-nervösen Symptomen, über denen alsdann die Grunderkrankung leicht vernachlässigt wird. Ich habe diese wichtigen Fälle absichtlich in Gruppe I (Organerkrankungen mit sekundären Erscheinungen des Nervensystems) versetzt, besonders auch im Interesse der notwendigen Differenzierung des unzulässigen Sammelbegriffs ‚traumatische Hysterie', der in der gutachtlichen Praxis alles aufzusaugen droht, was im Drange der Geschäfte nicht sogleich rubriziert werden kann.“

In einer zweiten Arbeit werde ich, wie schon gesagt, diesen vier Fällen vier andere anschließen, in denen es sich wesentlich um hysterische und psychogene Krankheitszustände komplizierter Entstehung handelt.

---

II.

# Beobachtungen über psychische und nervöse Krankheiten im japanisch-russischen Kriege 1904/05.

Von Prof. Dr. S. **Araky** aus Okayama, Nippon, z. Z. in Gießen.

Unser letzter Krieg gegen das russische Reich lieferte uns Psychiatern sehr viel interessantes Forschungsmaterial. Ich will im Folgenden eine Übersicht über die von mir beobachteten Fälle geben.

Sind psychische Erkrankungen beim Militär im Frieden häufiger als bei der Zivilbevölkerung? Diese Frage ist noch offen, wenn sie auch schon seit längerer Zeit von vielen Psychiatern behandelt wurde. Im allgemeinen kann man annehmen, daß auf 300 bis 500 Köpfe der Bevölkerung ein Fall von psychischer Erkrankung kommt, d. h. 2,0—3,3 pr. M. Nach der Untersuchung von W. Sommer erkrankten von Soldaten im Frieden im neunjährigen Durchschnitt (1872—1881) 0,28 pr. M. der Präsenzstärke, d. h. soviel, wie ein Zehntel der Anzahl bei der Zivilbevölkerung, und im Kriege doppelt soviel als im Frieden. Dietz dagegen berechnete, daß das Verhältnis der Geisteskranken beim Militär genau dasselbe sei wie bei der Zivilbevölkerung, indem er von den Motiven der Selbstmörder ausging. Nach meiner Ansicht erkranken selbst im Frieden mehr Soldaten als Zivilisten, wie dies auch Krafft-Ebing, Kraepelin u. a. annahmen; jedoch im Kriege beobachten wir viel mehr als die doppelte Zahl der im Frieden vorkommenden Fälle. Aber auf diese Frage weiter einzugehen, ist nicht meine vorliegende Aufgabe.

Von psychischen Erkrankungen infolge des Feldzuges 1866 teilte Nasse 14 Fälle mit (die Betroffenen wurden in die Rheinische Provinzial-irrenanstalt zu Siegburg aufgenommen), sowie Huppert sechs Fälle (in der Pflegeanstalt Colditz). Über psychisch infolge des Krieges 1870/71 erkrankte Soldaten haben wir noch mehr Nachrichten. Jolly teilte elf (die in die Würzburger Klinik aufgenommen wurden), Nasse 27 (in der Irrenanstalt zu Siegburg), Ideler und Weyert je sechs und Löcher 33 Fälle (in der Kreisirrenanstalt zu Klingenmünster) mit. Schroeter machte ebenfalls psychiatrische Beobachtungen während desselben Krieges. Über Erkrankungen des Nervensystems

bei dem deutschen Heere im Kriege 1870/71 wurde eine 100 Fälle umfassende Arbeit[1]) von der Militär-Medizinal-Abteilung des Kriegsministeriums herausgegeben. Außerdem teilte Arndt 15 Fälle mit, die er in den drei Feldzügen von 1864, 1866 und 1870/71 beobachtet hatte.

Nach dem Ausbruch des Krieges arbeitete ich auf meinen Wunsch zehn Monate lang wöchentlich zweimal in den Reservelazaretten Himeji und Hiroschima, um an der Behandlung der psychischen und nervösen Kranken teilzunehmen. Die auf dem Schlachtfelde Verwundeten und Erkrankten wurden größtenteils zuerst nach Hiroschima zurückgeschickt und dann, je nach der Schwere der Störung, früher oder später in ihre Heimatlazarette befördert. Deshalb mußte das Reservelazarett Hiroschima, besonders nach einer großen Schlacht, enorm viele Verwundete und Erkrankte auf einmal aufnehmen, unter denen sich jedesmal nicht wenige psychisch Erkrankte befanden. Während des ganzen Krieges mußten natürlich sehr viele Geisteskranke vom Schlachtfeld zurückgeschickt werden. Ich konnte nur einen Teil derselben zu meiner Beobachtung heranziehen; der andere größere Teil entzog sich derselben, weil meine Dienstzeit nicht lang genug war.

Der Krieg ist dabei nicht nur die direkte Ursache von psychischen und nervösen Erkrankungen, sondern er läßt auch eine Disposition dazu zurück. Viele Soldaten erkranken in späteren Jahren nach der Rückkehr, wenn sie auch auf dem Schlachtfelde von psychischen Störungen ganz verschont geblieben sind. Ich würde wiederum zu weit gehen, wenn ich bei meiner vorliegenden Aufgabe zu erforschen versuchte, wie viele Geisteskranke nach dem Kriege in Anstalten aufgenommen wurden.

## I. Ätiologische Momente.

Wenn auch die Ansichten über die Frage, ob psychische Erkrankungen beim Militär im Frieden häufiger seien als bei der Zivilbevölkerung, verschieden sind, so unterliegt es doch keinem Zweifel, daß ungewöhnlich viele Soldaten auf dem Schlachtfelde geisteskrank werden. In der Tat faßt der Krieg verschiedene ätiologische Momente für psychisch-nervöse Erkrankungen in sich. Ich werde diese in den folgenden Kapiteln genauer schildern.

Zuerst stelle ich meine Fälle in einer Übersichtstabelle zusammen, in der sie nach ätiologischen Gesichtspunkten geordnet sind:

In dieser Übersicht bemerke ich, daß die klinischen Diagnosen mangels einer längeren Beobachtung und Kenntnis des weiteren Ablaufes öfter mangelhaft erscheinen könnten, aber doch dem Fachmann einen Begriff der hauptsächlichsten Symptome bieten werden.

[1]) Diese Arbeit zitiere ich nach Dietz als „Kriegspsychosen 1870/71".

Tabelle 1.

| Ursachen | Krankheitsformen: Melancholie | Manie | Manisch-depress. und Cirkul. Irresein | Wahnsinn u. Delirium | Paranoia | Neurasthenie | Hysterie | Alcohol. acutus | Beriberi-Psychosen | Dement. paralyt. | Dementia praecox | Angeborener Schwachsinn | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Überanstrengung | 7 | 5 | 1 | | | 5 | | | | | | | 18 |
| Typhus abdomin. | 7 | 4 | | 4 | | 5 | | | | | | | 20 |
| Pneumonie | 2 | 2 | | | | | | | | | | | 4 |
| Influenza | 3 | | | 1 | | 4 | | | | | | | 8 |
| Dysenterie | 1 | 1 | | 1 | | 1 | 1 | | | | | | 5 |
| Cerebrospinalmeningitis | 1 | | | | | 1 | | | | | | | 2 |
| Malaria | | 1 | | | | | | | | | | | 1 |
| Kopfverletzung | 1 | 1 | | 1 | | 4 | | | | | | | 7 |
| Körperverletzung | | | | | | 2 | 1 | | | | | | 3 |
| Magendarmkatarrh (Dickdarmkatarrh) | 3 | | | | | 3 | | | | | | | 6 |
| Syphilis | 2 | | | | | | | | | 1 | | | 3 |
| Andere Organ-Erkrankungen | 4 | 1 | | | | | | | | | | | 5 |
| Alcohol. acutus | (2) | (3) | | | | | | 5 | | | | | 5 |
| Kakke (Beriberi) | (10) | (2) | | | | | | | 12 | | | | 12 |
| Angeborene Störung des Gehirnes | (4) | (2) | | | | (1) | | | | | | 15 | 15 |
| Unbekannte Ursachen | 28 | 20 | 3 | 4 | 5 | 19 | 2 | | | 8 | 8 | | 97 |
| Summe: | 59 | 35 | 4 | 11 | 5 | 44 | 4 | 5 | 12 | 9 | 8 | 15 | 211 |

Zum Vergleich mit meinen Zusammenstellungen ziehe ich das Häufigkeitsverhältnis der einzelnen ätiologischen Momente in den „Kriegspsychosen 1870/71" heran:

| | |
|---|---|
| Verletzungen oder Erkrankungen des Kopfes | 13 |
| Anderweitige Verletzungen | 17 |
| Körperliche Erkrankungen 26 | |
| davon Typhus | 10 |
| Ruhr | 6 |
| Rheumatismus | 3 |
| Tuberkulose | 2 |
| Pocken, fieberhafter Magenkatarrh, Herzleiden, Ohrenleiden, Sonnenstich je einen | 5 |
| Bestimmte psychische Einwirkungen | 14 |
| Kriegsstrapazen überhaupt | 30 |
| Summe | 100 |

### 1. Die Überanstrengung als ätiologischer Faktor.

Unter Überanstrengung fasse ich alle übermäßigen Arbeiten, sowohl körperliche wie psychische, zusammen. Der Krieg erfordert im all-

gemeinen nicht nur einfache körperliche Kraft, sondern er verlangt auch eine große geistige Tätigkeit, selbst bei den gemeinen Soldaten, den Trainknechten usw.

Aber diejenigen Militärpersonen, welche nicht in den Krieg ausrücken, sind ebenfalls einer Überanstrengung ausgesetzt, weil sie bei der Ausrüstung daheim viel mehr arbeiten müssen als im Frieden. Dadurch entstehen beim Militär ziemlich viele psychische Erkrankungen schon vor dem Ausmarsch.

Nach dem Ausmarsch sind fast alle Kriegsteilnehmer immer unmittelbar vor dem Feinde tätig. Sie müssen in drückender Hitze oder schneidender Kälte, öfter bei Mangel an Nahrung und Schlaf, Tag und Nacht hindurch marschieren, Streifwache halten, als Posten dienen und auf den Befehl ihrer Anführer ungesäumt gegen den Feind vorrücken, um ihn anzugreifen, unbeschadet aller Hindernisse. Sie müssen, besonders wenn sie sich in der ersten Schlachtlinie befinden, immer vorbereitet sein, den Feind abzuwehren; dadurch sind sie in steter geistiger Spannung. Ihr Dienst ist nicht nur schwer, sondern auch verantwortungsvoll.

Zu der ununterbrochenen Anstrengung während des ganzen Krieges treten noch besondere schwierige Arbeiten, welche in relativ kurzer Zeit eine größere körperlich-geistige Tätigkeit beanspruchen. Während der ganzen Dauer einer Schlacht sind alle Teilnehmer der größten Anstrengung ausgesetzt. An der Schlacht bei Mukden, Anfang März 1905, beteiligte sich fast das ganze japanische Heer. Diese dauerte ungefähr zwei Wochen lang; sie war die größte unter allen Schlachten während unseres Krieges. Die Zahl der Verwundeten betrug einige Zehntausend. Diese drängten sich alle sogleich in die Feldlazarette und stellten an die Leistungsfähigkeit der Militärärzte und des Pflegepersonals außerordentlich große Forderungen. Die Einrichtung neuer Feldlazarette ward notwendig; die Verwundeten mußten sofort behandelt und möglichst schnell nach hinten zurückgeschickt werden. Infolgedessen mußten Sanitätspersonen besonders nach der Schlacht stark arbeiten, während sich die Soldaten in der Schlacht übermäßig anstrengten.

Natürlich müssen auch die Pioniere oft in kurzer Zeit übermäßige Arbeit leisten, z. B. beim Bauen von Brücken, beim Anlegen von Fußwegen usw. Das gleiche gilt für Trainsoldaten und Trainknechte, besonders bei raschen Märschen. Auch Personen, die als Kriegskorrespondenten dienen, sind Tag und Nacht übermäßigen Anstrengungen ausgesetzt.

Ich hebe besonders diese starken kurzdauernden körperlich-geistigen Überanstrengungen als ätiologisches Moment für psychisch-nervöse Erkrankungen hervor.

In den „Kriegspsychosen 1870/71" zeigen sich Kriegsstrapazen überhaupt als Ursachen in 30 unter 100 Fällen. In meinen Fällen umfassen diese Momente nur 18 unter 211, d. h. 8.5%, wie vorstehende Tabelle zeigt. Ich hätte wahrscheinlich noch mehr gefunden, wenn ich zu genauerer Untersuchung Gelegenheit gehabt hätte. Unter diesen 18 Fällen fand ich sieben von Melancholie, fünf von Manie, fünf von Neurasthenie und einen von manisch-depressivem Irresein. Nach den Waffengattungen fällt der größte Prozentsatz auf Infanteristen, d. h. sechs unter 18, auf Trainknechte nur zwei. Allerdings sind diese Zahlen zu klein, um daraus einen Schluß darauf zu ziehen, daß besonders die Infanteristen Überanstrengungen ausgesetzt sind. Allerdings ist die Zahl der Erkrankten bei ihnen viel größer als die der erkrankten Trainknechte, auch wenn man die Gesamtzahl dieser beiden Truppengattungen berücksichtigt. Auf Offiziere und Unteroffiziere kommen drei unter 18 Fällen, d. h. relativ viel mehr als auf Soldaten. Auch hier erscheinen die Beobachtungen zu gering, um den Schluß zu ziehen, daß Offiziere und Unteroffiziere Überanstrengungen mehr ausgesetzt sind. Man könnte bei diesen besonders an die psychische Seite in bezug auf Überanstrengung denken.

Tabelle II.

| | Waffengattungen | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Offiziere und Unteroffiziere | Infanteristen | Kavalleristen | Artilleristen | Pioniere | Trainknechte | Krankenpfleger | Anderweitige | Summe |
| Überanstrengung | 3 | 6 | — | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 18 |

Als Beispiele gebe ich folgende Fälle:

Fall 1: 25jähriger Infanterist.

Anamn.: Ausmarschiert im März 1904. Er diente treu und eifrig, war aber etwas kleinmütig. Mitte Mai 1905 strengte er sich bei den Übungen auf dem Felde, Anlegen der Fußwege und Reinigungen der Heerlager, übermäßig an. Seit Anfang Juni trat Depression mit Versündigungsideen auf. Bei der Untersuchung am 9. Juni war er niedergeschlagen, schwermütig, appetit- und schlaflos. Er zeigte Versündigungsideen, bereute Vergehen früherer Zeit, die eigentlich ganz harmlos waren, und entschloß sich, seine Sünden mit dem Tode zu büßen. Er wurde zurückgeschickt und am 19. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 20. VIII. Schwermütig, wortkarg; er antwortete auf Fragen sehr mangelhaft.

Diagn.: Melancholie (Versündigungsideen).

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Von dem Ausmarsch bis zur Erkrankung: 14 Monate.

Fall 2: 25jähriger Infanterist.

Anamn.: Er hatte eine erbliche Anlage zu Geisteskrankheit. Seit dem Ansmarsch im März 1904 nahm er an mehreren Schlachten teil. Seit dem 1. Juli 1905 diente er als Vorposten; er schlief ganze Tage und Nächte hindurch nicht und strengte sich bei der Streifwache in der glühenden Hitze übermäßig an. Seit dem 4. Juli bekam er dadurch Kopfweh, Schwindel, geistige Unruhe und fiel plötzlich zu Boden. Damals bemerkte man starren Blick, weite Pupillen, injizierte Bindehäute, Zähneknirschen und Konvulsionen an Armen und Beinen. Der Anfall ließ nach einigen Wiederholungen nach. Darauf zeigten sich allmählich psychische Krankheitserscheinungen; er ward depressiv. Außerdem bestand Obstipation. Der Appetit war schlecht. Bei der Untersuchung am 3. August sprach er nur langsam, antwortete auf Fragen sehr dürftig, und zwar mit leiser Stimme, klagte über Kopfweh, Niedergeschlagenheit und schlechten Appetit. Der Patellarreflex war damals abgeschwächt. Er ward zurückgeschickt und am 21. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 27. VIII. Depression, Hemmung der Ideenassoziation und Körperbewegung; Antworten auf Fragen sehr langsam und mangelhaft, Stimme leise. Er weint, schläft nicht, verweigert die Aufnahme von Nahrung.

Diagn.: Melancholie (epileptische Grundlage?).

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ansmarsch bis zur Erkrankung: 15 Monate.

Fall 3: 23jähriger Pionier.

Anamn.: Stark neuropathisch veranlagt. Angeworben am 22. September 1904, ausmarschiert am 26. Dezember. Bei der großen Schlacht in der Umgebung von Mukden wurde er auf seinen Wunsch als einer der Tapfersten dazu auserwählt, Handgranaten in eine Befestigung des Feindes hineinzuwerfen, was bei der Eroberung von Festungen, z. B. der „Höhe 203" bei Port Arthur, sehr oft ausgeführt wurde. Er mußte sich zu diesem Zwecke der Befestigung stark nähern. Nachdem er diese kühne Unternehmung erfolgreich vollbracht hatte, wurde seine Heldentat auch in seiner Heimat bekannt, so daß seine alten Lehrer und Freunde an ihn schrieben und ihn sehr lobten. Nach der Schlacht bei Mukden beschäftigte er sich beim Brückenbau. Seit dem 4. Mai strengte er sich beim Bauen der Fahrwege übermäßig an.

Ungefähr seit dem 8. Juli ward er schlaflos, depressiv und behauptete, daß er „ein großer Verbrecher" sei. Man bemerkte dabei auch in seinen Handlungen etwas Abnormes. Die Depression dauerte ungefähr bis zum 20. Juli. Seitdem arbeitete er trotz glühender Hitze oder strömendem Regens so eifrig, daß er dadurch eine starke körperliche und geistige Ermüdung bekam.

Ungefähr seit dem 28. August zeigte er wieder psychische Störungen; er schlief nicht, das Gedächtnis wurde schwach. Er ward depressiv und behauptete weinend, daß er „ein großer Verbrecher" sei und deshalb vor das Kriegsgericht geführt und mit dem Tode bestraft würde. Er aß ungekochten Reis und unzubereitetes Gemüse: ein Zeichen von Selbstunterschätzung. Bei der Untersuchung am 31. August war sein Gesichtsausdruck sehr ängstlich, Assoziationen gehemmt, Denkkraft und Gedächtnis geschwächt, Antworten auf Fragen sehr langsam. Er behauptete, daß er kein Kranker, sondern nur „ein großer Verbrecher" sei. Er war sehr ängstlich, unruhig, weinte, zitterte am ganzen Körper und blickte seufzend mit gefalteten Händen gegen den Himmel. Er wurde zurückgeschickt und am 18. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 24. IX. Der Patient klagt über Kopfschwere, Schmerz am

Scheitel und Nacken. Er spricht leise, langsam, antwortet auf Fragen sehr mangelhaft. Er entschuldigt sich fortwährend.

Diagn.: Melancholie (Versündigungswahn) mit periodischen Schwankungen auf nervöser Grundlage.

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sechs Monate.

Fall 4: 26jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 9. April 1905, dann ausmarschiert. Seit dem 28. Juli strengte er sich bei der Arbeit in der Hitze und dem Regen übermäßig an. Am 27. und 28. August litt er fünfmal an epileptiformen Anfällen. Seit Ende September zeigte er traurige Gesichtszüge und bekam den Wahn, daß eine große Gefahr ihn bedrohe. Er war unruhig und glaubte, daß alle seine Kameraden seine Feinde seien. Er ward zurückgeschickt und am 13. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: Gesichtsausdruck traurig; man sieht senkrechte Falten zwischen den beiden Augenbrauen. Er glaubt, daß er sehr viele Missetaten begangen habe und nimmt sich dies so zu Herzen, daß er nicht mehr leben mag.

Diagn.: Melancholie (Versündigungswahn). Epileptische Grundlage?

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.

Fall 5: 25jähriger Infanterist.

Anamn.: Beim Angriff auf die „Höhe 203“ bei Port Arthur im September 1904 wurde ihm der rechte Arm durchschossen. Er wurde einmal zurückgeschickt und marschierte am 20. Dezember wieder aus. Ende Mai 1905 strengte er sich in seinem Dienst körperlich und geistig übermäßig an, so daß er dadurch manchmal schlaflos wurde. Seit Anfang August trat Depression auf. Bei der Untersuchung am 28. August war er anämisch, abgemagert, unruhig, wortkarg, furchtsam, scheute die Menschen, suchte gern die Dunkelheit auf. Am 25. September versuchte er Selbstmord durch einen Schuß in den Bauch. Er ward zurückgeschickt und am 19. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 22. X. Depressiv, mutistisch, Gesamtmuskulatur etwas gespannt.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Fall 6: 22jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 9. März 1904, ausmarschiert am 17. Februar 1905. Er strengte sich beim Transportieren von Proviant übermäßig an. Seit dem 11. Mai ward er depressiv und schlaflos. Darauf folgte seit dem 18. ein maniakalischer Zustand; er ward ausgelassen, ideenflüchtig, verworren, zeigte Tatendrang, zerstörte Gegenstände, tobte und schlief nicht. Er ward zurückgeschickt und am 1. Juli ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 2. VII. Unhöflich, hochmütig, gehobener Stimmung.

Diagn.: Manie.

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 80 Tage.

Ausgang: zwei Monate nach der Erkrankung erfolgte die Besserung.

Fall 7: 26jähriger Krankenpfleger.

Anamn.: Angeworben am 8. Juli 1904, ausmarschiert am 27. Januar 1905. Er strengte sich durch Krankenpflege bei Tag und bei Nacht übermäßig an. Am

19. Juli war er sehr müde, bekam Angstgefühl in der Brust und Durchfall. Bei der Untersuchung am 20. war er unruhig, hochmütig, sprach laut und sang. Er ward zurückgeschickt und am 21. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 27. VIII. Exaltiert, gesprächig, erregt, munter, prahlerisch, hochmütig; er spricht laut, singt, spottet.

Diagn.: Manie. (Vorher Angstgefühle. Zirkuläre Psychose?)

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sechs Monate.

Fall 8: 23 jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 15. Januar 1904, ausmarschiert am 13. August. Er beteiligte sich an den Schlachten von Lianjang, Schaho, Mukden usw. Am 10. September strengte er sich im Regen übermäßig an und erkältete sich dadurch. Bald traten psychische Störungen ein. Er klagte über Kopfweh, es schwindelte ihm, er schlief nicht, war unruhig, sang, tobte, warf mit Gegenständen um sich und zerstörte sie. Er ward zurückgeschickt und am 27. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 1. X. Leichte Erregung.

Diagn.: Manie (Tobsucht). Nervöse Grundlage?

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 14 Monate.

Fall 9: 27 jähriger Pferdeknecht.

Anamn.: Nach dem Ausmarsch diente er als Pferdeknecht eines Bataillonschefs und strengte sich dadurch übermäßig an, daß er immer unter den niederhagelnden Geschossen hin und her laufen mußte. Seit Ende April 1905 ward er depressiv, scheute die Menschen, suchte die Dunkelheit auf, antwortete nicht auf Fragen und führte nur Selbstgespräche. Er äußerte zuweilen, daß er sich töten möchte. Er ward zurückgeschickt und am 22. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bei der Aufnahme war sein Gesichtsausdruck traurig; er klagte über Kopfweh, antwortete auf Fragen undeutlich. Nachher spielte bald das melancholische, bald das manische Bild die Hauptrolle, bei letzterem sang der Kranke laut und tanzte mit einem Säbel.

Stat. praes.: 28. V. Hochmütig, erregt; er singt, tanzt mit einem Säbel. Zuweilen versinkt er in tiefe Gedanken.

Diagn.: Manisch-depressives Irresein.

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Fall 10: 29 jähriger Offizier der Infanterie.

Hereditäre Anlage: Der Vater ist an Kehlkopftuberkulose, eine ältere Schwester an Pleuritis gestorben.

Anamn.: Im Jahre 1903 litt er an Malaria, welche mehrmals wiederkehrte. Ausmarschiert im Mai 1904. Nachdem er sich an einigen Schlachten beteiligt hatte, strengte er sich in der Schlacht bei Takubokujo Ende August in der glühenden Hitze übermäßig an und bekam dadurch Kopfweh, Schwere im Kopf und Depression. Dann beteiligte er sich Ende September bis Anfang Oktober an den Schlachten bei Lianjang und anderen Orten. Es schwindelte ihm plötzlich, besonders nach einem strengen Marsch, so daß er sich öfters kaum vor dem Fallen hüten konnte. Nach der Schlacht bei Schaho Mitte Oktober diente er als Posten

Tag und Nacht hindurch im Sturme stehend. Durch solche übermäßige Anstrengungen veranlaßt stellten sich Kopfweh, Schwindel, Appetit- und Schlaflosigkeit, Sausen im linken Ohre, Ameisenkriechen am Kopf, Hyperästhesie der Haut, Neigung zur Ermüdung der psychischen Tätigkeiten, Stimmungswechsel, Depression, Angst, Abstumpfung des Gedächtnisses und Denkvermögens ein. Er wurde zurückgeschickt und am 23. Januar 1905 ins Reservelazarett Himeji aufgenommen.

Diagn.: Schwere Neurasthenie.

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: fünf Monate.

Ausgang: Vier Monate nach der Erkrankung erfolgt die Heilung.

Fall 11: 35jähriger Unteroffizier der Infanterie.

Anamn.: Angeworben am 24. Dezember 1904, ausmarschiert am 30. Er strengte sich bei der Beaufsichtigung von Proviant Tag und Nacht hindurch übermäßig an. Ungefähr seit dem 20. März 1905 bekam er Kopfweh, Schwere im Kopf, Schwindel, Vergeßlichkeit, Schlaf- und Appetitlosigkeit und Verstopfung. Bei der Untersuchung am 7. September klagte er hauptsächlich über Kopfweh und Schwere im Kopf. Man bemerkte dabei Gemütsreizbarkeit, Stimmungswechsel, Abstumpfung des Gedächtnisses und Unfähigkeit zu psychischen Leistungen; außerdem nervöse Dyspepsie, Verstopfung, Appetit- und Schlaflosigkeit und zeitweise Schmerzen an der rechten Seite der Brust. Er wurde zurückgeschickt und am 22. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 24. IX. Schmerzen am Scheitel, Schwere im Kopfe, Unfähigkeit zu psychischen Leistungen; er kann lesen, aber nicht gut verstehen. Er schläft ein, aber träumt sehr viel.

Diagn.: Schwere Neurasthenie.

Veranlass. Ursache: Überanstrengung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zwei Monate.

## 2. Akute Infektionskrankheiten.

In unserm Kriege gab es 220812 Verwundete, von denen 47387 auf dem Kriegsschauplatze zu grunde gingen. Die Zahl der wegen verschiedener Erkrankungen in Feldlazarette Aufgenommenen betrug 236223, darunter befanden sich 27158 mit Infektionskrankheiten Behaftete d. h. 4% aller Ausmarschierten. Als ätiologische Momente für psychisch-nervöse Erkrankungen kamen für mich 40 Fälle von Infektionskrankheiten in Betracht, nämlich: Typhus abdom. 20, Influenza acht, Dysenterie fünf, Pneumonie vier usw. Bei allen diesen Fällen stellten sich psychische Störungen erst im Rekonvaleszenzstadium ein (postinfektiöse psychische Erkrankungen). In den „Kriegspsychosen 1870/71“ zeigen sich unter 100 Fällen 20 im Anschluß an akute Infektionskrankheiten entstandene (s. o.). Bei meinen Beobachtungen ist das Zahlenverhältnis etwa das gleiche (bei mir 19%). In beiden Statistiken kommt auf Typhus gerade die Hälfte aller infektiösen Fälle.

Tabelle III.

| Infektionskrankheiten | Waffengattungen: Offiziere und Unteroffiziere | Infanteristen | Kavalleristen | Artilleristen | Pioniere | Trainknechte | Krankenpfleger | Anderweitige | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Typhus abdom. . | 1 | 6 | 1 | | 1 | 9 | 2 | | 20 |
| Andere Infektions-Krankheiten . . | 1 | 12 | | | 1 | 3 | 1 | 2 | 20 |
| Summe | 2 | 18 | 1 | | 2 | 12 | 3 | 2 | 40 |

Typhus abdominalis. Unter den 20 Fällen von psychisch-nervösen Störungen nach Typhus fand ich sieben von Melancholie, je vier von Manie und halluzinatorischem Irresein (Amentia) und fünf von Neurasthenie. Nach den Waffengattungen nahm ich die meiste Zahl bei Trainknechten wahr. Man könnte darum denken, daß der Typhus am häufigsten Trainknechte befallen hat, obschon die genaue Zahl der Typhusfälle im ganzen Heere und für die einzelnen Waffengattungen noch nicht festgestellt worden ist. Es erscheint bei meinen allerdings zu geringen Zahlen ganz merkwürdig, daß Trainknechte der Überanstrengung weniger und dem Typhus mehr ausgesetzt sind. Diese Frage muß vorläufig ungelöst bleiben.

Vom Ausmarsch bis zum Auftreten der Typhussymptome sind gewöhnlich 1—15 Monate verflossen.

Psychisch-nervöse Erkrankungen nach Typhus treten im allgemeinen weniger heftig auf. In mehreren Fällen schienen dieselben nach einigen Monaten mit der Erholung der Körperkräfte nachzulassen.

Als Beispiele gebe ich folgende Fälle:

Fall 12: 24 jähriger Trainknecht.

Hereditäre Anlage: Eine Base war geisteskrank.

Anamn: Angeworben am 17. September 1904, ausmarschiert am 4. Oktober. Er diente bei dem Transport von Proviant. Seit dem 30. März 1905 zeigten sich bei ihm allgemeine Müdigkeit, Kopfweh, Febris continua, Ohrensausen, Schwerhörigkeit, Appetitlosigkeit, Belegtheit der Zunge, Meteorismus, Heißdurst, Schmerzempfindung beim Druck auf die Ileocoecal- und Milzgegend und Widalsche Reaktion (Typhus abdom.). Er wurde zurückgeschickt und am 24. Juli ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bei der Aufnahme war der Typhus schon abgelaufen: der Kranke zeigte Depression, antwortete auf Fragen nur mangelhaft, wollte sich töten und war ziemlich unruhig.

Stat. praes: 6. VIII. Anämisch, abgemagert; Depression.

Diagn.: Melancholia simplex nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: neun Monate.

Fall 13: 24jähriger Trainknecht.

Anamn.: Seit dem 4. April 1905 zeigten sich bei ihm Kopfweh, Husten, Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Febris continua, allgemeine Schwäche, Durchfall täglich einmal und Widalsche Reaktion (Typhus abdom.). Gegen Ende Mai nahm das Fieher allmählich ab, und die allgemeine Schwäche blieb zurück. Ende Juli stellten sich psychische Störungen ein. Der Kranke wurde zurückgeschickt und am 7. Juli ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bei der Aufnahme drückte sein Gesicht Depression aus. Er war wortkarg und sprach nur langsam.

Stat. praes.: 13. VIII. Depressiv, wortkarg, Ideenassoziation gehemmt, Antworten auf Fragen sehr mangelhaft, Körperbewegung sehr erschwert, zuweilen ganz stumm.

Diagn.: Melancholia simplex nach Typhus abdom.

Fall 14: 26jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 26. November 1904, ausmarschiert am 29. Seit dem 7. August 1905 zeigten sich bei ihm Frösteln, Febris continua, Belegtheit der Zunge, Heißdurst, Appetitlosigkeit, Schmerzempfindung beim Druck auf die Ileocoecalgegend und Widalsche Reaktion (Typhus abdom.). Gegen Mitte September nahm das Fieber allmählich ab, und die allgemeine Schwäche blieb zurück. Dann stellten sich allmählich psychische Störungen ein, besonders bemerkte man dabei Depression. Der Kranke wurde zurückgeschickt und am 11. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 15. X. Gesichtsausdruck traurig; man sieht horizontale Runzeln an der Stirn. Der Patient ist ängstlich und bittet um Hilfe.

Diagn.: Melancholia simplex nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zehn Monate.

Fall 15: 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1903, ausmarschiert am 15. Mai 1904. Er nahm an mehreren Schlachten teil. Seit dem 22. August 1905 stellten sich bei ihm ein: Kopfweh, Schwere im Kopfe, Schwindel, Müdigkeit an den Extremitäten, Belegtheit der Zunge, Appetitlosigkeit, Hyperämie im Rachen, Febris continua und Schmerzempfindung beim Druck auf die Ileocoecalgegend (Typhus abdom.). Ende September nahm das Fieber ganz ab, und darauf kamen psychische Störungen vor. Der Kranke wurde depressiv, wortkarg und scheute die Menschen. Er wurde zurückgeschickt und am 14. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 15. X. Depressiv, wortkarg.

Diagn.: Melancholia simplex nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 16 Monate.

Fall 16: 24jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 20. November 1904, ausmarschiert am 10. Februar 1905. Seit dem 4. April bekam er Kopfweh, Husten, Auswurf und Brustschmerz. Man bemerkte dabei einen erhöhten Widerstand an der Vorderfläche der Brust, rauhe Atem- und Rasselgeräusche und Pfeifen (katarrhalische Pneumonie). Er wurde zurückgeschickt und am 11. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bald nach der Aufnahme stellten sich bei ihm Fieber, Kopfweh, Schwindel, Belegtheit der Zunge, heftiger Durst, Appetitlosigkeit, Ohrensausen, Schmerzempfindung beim Druck auf die Ileocoecalgegend, Benommenheit und Delirien ein (Typh. abdom.). Gegen Ende Mai nahm das Fieber allmählich ab, alle körperlichen

Beschwerden traten zurück, und es zeigten sich bei ihm psychische Störungen. Der Kranke ward geschwätzig, leichtsinnig, zerstörte Türen, warf mit Gegenständen um sich und war sehr unruhig.

Stat. praes.: 4. VI. Geschwätzig, erregt. Der Nahrungstrieb ist gesteigert.

Diagn.: Manie nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: drei Monate.

Fall 17: Trainknecht.

Anamn.: Sein Alter ist unbekannt, angeworben am 6. April 1905, ausmarschiert am 12. Mai. Seit dem 6. August stellten sich bei ihm ein: Frösteln, Kopfweh, Schwindel, Müdigkeit, Febris continua, Belegtheit der Zunge, Appetitlosigkeit und Verstopfung (Typhus abdom.). Gegen Anfang September nahm das Fieber allmählich ab, und die allgemeine Schwäche blieb zurück. Mitte September traten psychische Störungen ein. Der Kranke zeigte Exaltation. Er wurde zurückgeschickt und am 7. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 8. X. Geschwätzig, erregt; er zerreißt Kleider.

Diagn.: Manie nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.

Fall 18: 28jähriger Kavallerist.

Anamn.: Angeworben am 8. März 1904, ausmarschiert am 8. Mai. Er diente als Streifwache und nahm an mehreren Schlachten teil. Seit dem 13. August 1905 zeigten sich bei ihm Unwohlsein, Kopfweh, Frösteln, Febris continua, Belegtheit der Zunge, Meteorismus, Schmerzempfindung beim Druck auf die rechte Darmbeingrube, Durchfall täglich zwei- bis dreimal und Widalsche Reaktion (Typhus abdom.). Anfang September nahm das Fieber ab, und die allgemeine Schwäche blieb zurück. Ungefähr seit dem 9. September traten Exaltation und leichte Agitation auf. Er ward zurückgeschickt und am 12. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 15. X. Patient klagt über Schwindel, Kopfweh und Schwäche des Gedächtnisses. Er träumt sehr oft, daß er „von Kosaken verfolgt“ werde.

Diagn.: Neurasthenie nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 15 Monate.

Fall 19: 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 10. September 1904, ausmarschiert am 1. Dezember. Ungefähr seit dem 30. August 1905 stellten sich bei ihm Kopfweh, Schwere im Kopfe, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Belegtheit der Zunge, Meteorismus, Febris continua, Schmerzempfindung beim Druck auf die rechte Darmbeingrube und Milztumor ein (Typhus abdom.). Anfang Oktober nahm das Fieber ab, und die allgemeine Schwäche blieb zurück. Allmählich zeigte der Kranke psychische Störungen; er ward vergeßlich, konnte nicht ordentlich, sondern nur verworren reden. Er ward zurückgeschickt und am 23. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 29. X. Leere im Kopfe, Schwäche des Gedächtnisses.

Diagn.: Neurasthenie nach Thyphus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: elf Monate.

Fall 20: 28jähriger Infanterist.

Anamn.: Im September 1900 diente er bei der Besatzung in Formosa und litt daselbst an Malaria, welche später manchmal wiederkehrte. Am 19. Juni 1904 wurde er wieder angeworben und marschierte am 3. Juli aus. Er beteiligte sich an den Schlachten in Liaujang, Schaho usw. Am 10. Februar 1905 bekam er Fieber

mit Schüttelfrost, heftigen Durst, Appetitlosigkeit, Kopfweh, Schwere im Kopfe, Schwerhörigkeit und Delirien (Malaria). Er wurde zurückgeschickt und am 10. März ins Reservelazarett Himeji aufgenommen.

Bei der Aufnahme bemerkte man eine Körpertemperatur von 39° C, Belegtheit der Zunge, Schmerzempfindung beim Druck auf die rechte Darmbeingrube und Milztumor (Typhus abdom.). Gegen Ende März nahm das Fieber allmählich ab, und psychische Störungen traten ein. Er ward depressiv, furchtsam, weinte, bekam Halluzinationen und Illusionen des Gesichts und des Gehörs (er glaubt Füchse und Katzen zu sehen) und Verfolgungsideen.

Stat. praes.: 26. IV. Der Kranke hat die Angstidee, daß Füchse und Katzen in jeder Nacht durch seine Füße in den Bauch eindringen, weiter nach oben steigen und ihm die Rachengegend zusammendrücken (Besessenheitswahn).

Diagn.: Halluzinatorisches Irresein mit Besessenheitswahn nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: neun Monate.

Fall 21: 28jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1902, ausmarschiert am 18. Juni 1904. Er diente bei dem Transport von Proviant und strengte sich dabei übermäßig an. Seit dem 21. Juni 1905 zeigten sich bei ihm Unwohlsein, Appetitlosigkeit, Belegtheit der Zunge, Durchfall, Fieber, Meteorismus und Schmerzempfindung beim Druck auf die Ileocoecalgegend (Typhus abdom.). Ende August nahm das Fieber ab, und die allgemeine Schwäche blieb zurück. Er wurde zurückgeschickt und am 14. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bei der Aufnahme zeigte der Kranke psychische Störungen. Er war reizbar, in seiner Stimmung labil, bekam Gesichts- und Gehörshalluzinationen.

Stat. praes.: 17. IX. Patient ist geschwätzig, spricht laut. In der Nacht ist er sehr furchtsam und versteckt sich in eine Ecke des Zimmers, weil er glaubt, daß ein Räuber mit einer Pistole einbreche (Halluzinationen).

Diagn.: Halluzinatorisches Irresein nach Typhus abdom.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 15 Monate.

Verlauf: Nach der Aufnahme ins Reservelazarett Himeji am 23. September spielten Verfolgungs- resp. Beeinträchtigungsideen die Hauptrolle. Patient weint und bittet um Hilfe, weil er glaubt, daß er schuldlos getötet werde. Weiterer Verlauf unbekannt.

Croupöse Pneumonie. Unter den vier Fällen von psychischen Störungen nach Pneumonie fand ich zwei melancholische und zwei manische.

Fall 22: Trainknecht.

Anamn.: Sein Alter ist unbekannt. Angeworben am 14. Februar 1905, ausmarschiert am 17. Seit dem 10. April bekam er Fieber. Husten, Brustschmerz und rostfarbigen Auswurf. Man konstatierte dabei Pfeifen und rauhe Atemgeräusche an der vorderen Seite der Brust vom zweiten Interkostalraum ab, Dämpfung und kleinblasige Rasselgeräusche am Rücken vom vierten Brustwirbel ab (croupöse Pneumonie). Anfang Juni trat Depression mit Angstaffekt ein. Er wurde zurückgeschickt und am 8. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 11. VI. Der Kranke ist deprimiert.

Diagn.: Melancholia simplex nach Pneumonie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: drei Monate.

Fall 23: 24jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1902, ausmarschiert am 22. Mai 1904. Er beteiligte sich an mehreren Schlachten. Am 19. Juni 1905 fieberte er plötzlich

mit Schüttelfrost und bekam Kopfweh, Schwindel, Appetitlosigkeit, Belegtheit der Zunge und rostfarbigen Auswurf. Man hörte dabei Pfeifen an der vorderen und hinteren Seite der Brust (cronpöse Pneumonie). Mitte Juli erholte er sich, aber psychische Störungen stellten sich ein. Der Kranke ward ausgelassen, geschwätzig und sang. Er ward zurückgeschickt und am 29. Juli ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 30. VII. Exaltiert und agitiert.

Diagn.: Manie nach Pneumonie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 14 Monate.

Komplikation: Kakke (Beri-Beri).

Influenza. Unter den acht Fällen von nervös-psychischen Störungen nach Influenza fand ich vier neurasthenische, drei melancholische und einen von halluzinatorischem Irresinn (Amentia). Dies spricht dafür, daß die Influenza viel mehr neurasthenische und melancholische Störungen als andere nervös-psychische Erkrankungen zurückläßt. Siemerling schreibt auch in der deutschen Klinik, daß mehr melancholische Depressionszustände und stuporöse Formen bei Typhus, Gelenkrheumatismus, Influenza in Erscheinung zu treten pflegen.

Als Beispiele gebe ich folgende Fälle:

Fall 24: 30jähriger Pionier.

Anamn.: Im Jahre 1898 diente er bei der Besatzung in Formosa, litt daselbst an Malaria und im nächsten Jahre auch an Kakke (Beri-Beri). Er wurde im August 1904 wieder angeworben und marschierte am 22. Februar 1905 aus. Am 20. März bekam er Fieber mit Schüttelfrost, allgemeine Müdigkeit, Schmerzempfindung an der Magengegend und Appetitlosigkeit (Influenza). Anfang April erholte er sich, aber psychische Störungen stellten sich ein. Der Patient wurde stumm, weinte und verweigerte die Nahrungsaufnahme. Er wurde zurückgeschickt und am 19. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bei der Aufnahme war der Kranke deprimiert, energielos, träge und antwortete auf Fragen nur undeutlich.

Stat. praes.: 21. V. Ideenassoziation gehemmt, Körperbewegung träge, energielos und verzagt.

Diagn.: Melancholia simplex nach Influenza.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: weniger als zwei Monate.

Ausgang: zwei Monate nach der Erkrankung erfolgte bedeutende Besserung.

Fall 25: 23jähriger Krankenpfleger.

Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1903, ausmarschiert am 10. Oktober 1904. Am 5. März 1905 arbeitete er im Regen beim Neubau eines Feldlazarettes. Am nächsten Tage bekam er Frösteln, Husten, Auswurf, Appetitlosigkeit und Schmerzempfindung bei Druck auf die Waden. Bei der Untersuchung am 10. März hörte man kleinblasige Rasselgeräusche und Pfeifen an der vorderen Seite der Brust, rauhe Atem- und Rasselgeräusche am Rücken (Influenza). Er wurde zurückgeschickt und am 24. März ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Bei der Aufnahme zeigte der Kranke Anämie und allgemeine Schwäche. Ende Mai trat Depression ein.

Stat. praes.: 16. VII. Deprimiert, Ideenassoziation gehemmt.

Diagn.: Melancholia simplex nach Influenza.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sieben Monate.

Fall 26: 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 10. September 1904, ausmarschiert am 1. Oktober. Ungefähr seit dem 10. Juli 1905 zeigten sich bei ihm Fieber mit Frösteln, Appetitlosigkeit, Kopfweh, Schwindel, Rötung und Schwellung des Rachens. Ende Juli ward der Kranke schwermütig und wortkarg und antwortete auf Fragen nur undeutlich. Er wurde zurückgeschickt und am 19. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 20. VIII. Leichte Depression, Hemmung der Assoziationen.

Diagn.: Melancholia simplex nach Influenza.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zehn Monate.

Ausgang: zwei Monate nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

Fall 27: 28jähriger Schuster.

Anamn.: Angeworben am 10. Mai 1904, ausmarschiert am 10. September. Seit dem 10. Juli 1905 zeigten sich bei ihm Fieber mit Frösteln, Kopfweh, Schwindel, allgemeine Müdigkeit, Gelenkschmerzen, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Husten und zeitweise Delirien. Man hörte dabei trockene und feuchte Rasselgeräusche (Influenza). Mitte August traten psychische Störungen ein. Der Patient wurde zurückgeschickt und am 1. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 3. IX. Anämisch, abgemagert. Der Patient hat Gehörshalluzinationen, z. B.: „du bist ein Dieb" usw. Stimmen kommen von oben (aus der Zimmerdecke); sie sind bald stark, bald leise und immer in derselben Tonart. Sie treten am Tage, besonders häufig aber in der Nacht auf.

Diagn.: Halluzinatorisches Irresein nach Influenza.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: elf Monate.

Fall 28: 22jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 18. Februar 1905, ausmarschiert am 13. März. Seit dem 8. Juli bekam er Kopfweh, Schwindel, Fieber mit Frösteln, Husten, schleimigen Auswurf, allgemeine Müdigkeit, Belegtheit der Zunge und Appetitlosigkeit. Man hörte dabei rauhe Atemgeräusche, Knistern und trockenes großblasiges Rasseln. Er wurde zurückgeschickt und am 23. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes: 27. VIII. Kopfschwere, Schmerz am Scheitel, allgemeine Müdigkeit und Anämie.

Diagn.: Neurasthenie nach Influenza.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: fünf Monate.

Fall 29: 34jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 25. April 1904, ausmarschiert im Mai. Ende Juni 1905 litt er an einer fieberhaften Krankheit (Influenza). Seit Anfang August bekam er Kopfweh, Schwere im Kopfe, Druckgefühl am Scheitel und Hinterhaupt, Appetitlosigkeit und Verstopfung. Er war schwermütig, hypochondrisch und ängstlich wegen Kleinigkeiten; er konnte nicht länger lesen und schreiben. Er wurde zurückgeschickt und am 14. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 17. IX. Kopfschwere, Ohrensausen, Schlaf- und Appetitlosigkeit.

Diagn.: Neurasthenie nach Influenza.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 15 Monate.

Fall 30: 34jähriger Unteroffizier der Infanterie.

Hereditäre Anlage: Die Mutter ist an Hemiplegie gestorben.

Anamn.: Am 28. Juli bekam er Fieber mit Schüttelfrost, Schwindel, Ohren-

sausen und allgemeine Müdigkeit. Bei der Untersuchung am 1. September 1905 zeigten sich bei ihm Anämie. Abmagerung, Belegtheit der Zunge, Appetitlosigkeit, Auftreibung des Bauches und Schmerzempfindung beim Druck auf den Bauch. Nach und nach ward der Kranke vergeßlich, unfähig einer psychischen Leistung und antwortete auf Fragen nur undeutlich. Er wurde zurückgeschickt und am 16. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 17. IX. Anämie, Müdigkeit, träge Körperbewegung. Kopfweh und Schwindel.

Diagn.: Neurasthenie nach Influenza.

Dysenterie. Unter den fünf Fällen von psychisch-nervösen Störungen nach Dysenterie fand ich je einen melancholischen, manischen, halluzinatorisch-irrsinnigen, neurasthenischen und hysterischen.

Fall 31: 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1902, ausmarschiert am 27. März 1904. Er beteiligte sich an mehreren Schlachten. Seit dem 24. Juni 1905 litt er an Durchfall. Bei der Untersuchung am 29. Juni war er appetitlos, bekam Schmerzempfindung beim Druck auf die linke Darmbeingrube und entleerte täglich 20 mal breiig-blutigen Stuhl mit Tenesmus (Dysenterie). Ende Juli ging die Dysenterie vorüber, aber die allgemeine Schwäche blieb zurück. Seit Anfang September stellten sich psychische Störungen ein; der Kranke zeigte Verfolgungsideen und war bang. Er wurde zurückgeschickt und am 22. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 24. IX. Anämisch, abgemagert. Er hört in der Nacht drohende Worte, z. B. „du darfst nicht nach deiner Heimat zurückgehen“, „du kannst nicht zurückgehen“ usw. und sieht einen Mann (Pfleger) mit gezogenem Säbel in sein Zimmer eintreten, um ihn zu töten (Halluzinationen des Gehörs und Gesichts).

Diagn.: Halluzinatorisches Irresein nach Dysenterie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 18 Monate.

Fall 32: 22jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 13. Februar 1905. ausmarschiert am 18. Juni. Am 10. Juli diente er als Wache im Regen und bekam am Abend einen dumpfen Schmerz am Bauche und einigemal Durchfall. Seit dem 11. Juli zeigte er Appetitlosigkeit, Belegtheit der Zunge und Hyperästhesie beim Druck auf den Bauch und entleerte täglich 20 mal schleimigen Stuhl mit Tenesmus (Dysenterie). Ende August heilte das Leiden, aber die allgemeine Schwäche blieb zurück. Er ward zurückgeschickt und am 6. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 8. X. Anämisch, abgemagert, appetitlos, Körperbewegung träge, psychische Tätigkeiten erschwert und das Gedächtnis geschwächt. Er träumt sehr viel, kann aber nicht gut schlafen.

Diagn.: Neurasthenie nach Dysenterie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: drei Monate.

Meningitis cerebrospinalis epidemica. Unter den zwei Fällen von nervös-psychischen Störungen nach epidemischer Zerebrospinalmeningitis fand ich einen melancholischen und einen neurasthenischen. Beide Personen litten an dieser akuten Infektionskrankheit daheim.

Malaria. Es wurde nur ein Fall mit Manie beobachtet.

### 3. Kakke (Beri-Beri).

Die Gesamtzahl von Kakkefällen in unserer Armee betrug ein Viertel der in Feldlazarette aufgenommenen Kranken, d. h. 59056, viel mehr als die der Infektionskrankheitsfälle, welche nach obiger Angabe nur 11% aller Aufnahmefälle ausmachen.

Unter den zwölf Fällen von psychischen Störungen bei Kakke fand ich vier stuporöse, sechs depressive, einen agitierten und einen exaltierten. Nach den Waffengattungen nahm ich die größte Zahl bei Trainknechten wahr, d. h. sieben unter zwölf, was allerdings bei der Kleinheit der Zahlen mit großer Vorsicht zu bewerten ist.

Tabelle IV.

| Waffengattungen | Kakke- -Stupor | -Depression | -Agitation | -Exaltation | Summe |
|---|---|---|---|---|---|
| Infanteristen . . . | 1 | 1 | 1 | — | 3 |
| Trainknechte . . | 2 | 4 | — | 1 | 7 |
| Anderweitige . . | 1 | 1 | — | — | 2 |
| Summe | 4 | 6 | 1 | 1 | 12 |

Bei der stuporösen Form ist die Ideenassoziation verlangsamt, die Körperbewegung träge. Der Kranke ist wortkarg, antwortet auf Fragen nur mangelhaft; er ist energielos, vergeßlich und zu psychischen Leistungen unfähig. Der Gesichtsausdruck ist nicht traurig, sondern indifferent. Ich nenne diese Form „Kakke-Stupor“ und gebe als Beispiele folgende Fälle:

Fall 33: 23jähriger Trainknecht.

Anamn.: Seit dem Ausmarsch im Juni 1904 diente er sehr treu. Im Januar 1905 litt er an Kakke (Beri-Beri), dann stellten sich bei ihm psychische Störungen ein. Psychische Leistungen wurden ihm schwer; Antworten auf Fragen verlangsamt. Er wurde zurückgeschickt und am 19. Februar in das Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 14. V. Der Patient ist wortkarg, antwortet auf Fragen nur mangelhaft; Körperbewegung sehr träge, energielos. Den ganzen Tag liegt er im Bett. Der Gesichtsausdruck äußert keine Depression, sondern ist indifferent.

Diagn.: Kakke-Stupor.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sieben Monate.

Fall 34: 22jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 20. Februar 1905, ausmarschiert am 15. April. Seit dem 9. August bekam er Müdigkeit, Ödema und Parästhesie an den Beinen; Kniephänomene erloschen und Wadenmuskulatur steif (Kakke). Der Patient zeigte auch psychische Störungen; er ward vergeßlich und antwortete auf Fragen nur

undentlich. Er konnte nicht seinen Dienst tun. Er wurde zurückgeschickt und am 29. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 3. IX. Vergeßlich. psychische Leistungen gestört.

Diagn.: Kakke-Stupor.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.

Fall 35: 24jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 19. Februar 1904. Mitte Juni 1905 bekam er während seines Dienstes in Hiroschima Müdigkeit an den Beinen, Angst an der Herzgrube, Parästhesie an den Beinen, Fingern und Lippen, Störung des Ganges und Appetitlosigkeit. Bei der Aufnahme in das Reservelazarett Hiroschima am 17. August bemerkte man bei ihm belegte Zunge, frequente Pulsschläge, den in ein Geräusch verwandelten ersten Ton an der Herzspitze, den akzentuierten zweiten Pulmonalton, gesteigerte Kniephänomene und eine Schmerzempfindung beim Fassen auf die Wadenmuskulatur (Kakke). Seit dem 12. Oktober stellten sich psychische Störungen ein.

Stat. praes.: 15. X. Assoziation gehemmt, psychische Leistungen erschwert.

Diagn.: Kakke-Stupor.

Fall 36: 30jähriger Dienstmann.

Anamn.: Ausmarschiert im Oktober 1904. Ende August 1905 litt er an Kakke (Palpitation, zweiter Pulmonalton akzentuiert, Zunge belegt, Appetitlosigkeit und Verstopfung). Mitte September wurden psychische Leistungen erschwert; der Kranke sprach nur langsam. Er wurde zurückgeschickt und am 16. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 22. X. Ideenassoziationen gehemmt, Körperbewegung erschwert.

Diagn.: Kakke-Stupor.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: elf Monate.

Bei der melancholischen Form beherrscht dagegen die Depression, verbunden mit Hemmungssymptomen, das ganze Krankheitsbild. Der Kranke ist sehr traurig, weint; er ist wortkarg. antwortet auf Fragen mangelhaft, d. h. die Ideenassoziation ist dabei auch verlangsamt. Ich nenne diese Form „Kakke-Depression“ und gebe als Beispiele folgende Fälle:

Fall 37: 32jähriger Trainknecht.

Anamn.: Schwächlich veranlagt. Nach einem forcierten Marsch am 16. März 1905 bekam er Hüftweh, Störung des Ganges, Parästhesie um den Mund und zuckende Schmerzempfindung an den Waden. Seit Anfang April zeigten sich bei ihm Kopfweh, Schlaflosigkeit, Parästhesie an den Unterschenkeln, Steigerung der Kniephänomene, Schmerzempfindung beim Fassen auf die Waden, Vertrocknung der Augenbindehäute und Nachtblindheit. Er wurde zurückgeschickt und am 14. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen (Kakke).

Nach der Aufnahme heilte die Nachtblindheit, aber die Kakkesymptome blieben unverändert, und allmählich stellten sich psychische Störungen ein. Der Patient wurde deprimiert und furchtsam; er glaubte, daß er unheilbar sei (hypochondrische Ideen).

Stat. praes.: 21. V. Deprimiert, Assoziationen gehemmt, Antworten auf Fragen sehr mangelhaft.

Diagn.: Kakke-Depression.

Fall 38: 32jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 13. Juni 1904, ausmarschiert am 27. Er beteiligte sich an den Schlachten in Liaujang, Schaho usw. Seit Anfang März 1905 litt er an Magendarm- und Bronchialkatarrh, verbunden mit Kakke (Beriberi). Er wurde zurückgeschickt und am 8. April ins Reservelazarett Himeji aufgenommen.

Nach der Aufnahme blieben die Kakkesymptome unverändert. Anfang Juni zeigten sich bei ihm Depression, Schlaflosigkeit und Selbstgespräche.

Stat. praes.: 14. VI. Deprimiert. Assoziationen gehemmt.

Diagn.: Kakke-Depression.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: elf Monate.

Fall 39: 23jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 22. April 1904, ausmarschiert im Juni. Seit dem 27. Mai 1905 zeigten sich bei ihm allgemeine Müdigkeit, Kopfweh, Appetitlosigkeit, Herzklopfen, Angstgefühl in der Brust, Parästhesie an den Beinen und Zuckung und Schmerz an den Waden (Kakke). Seit dem 10. Juni traten psychische Störungen auf; der Kranke weinte ohne Ursache, war unruhig und hatte Gesichts- und Gehörshalluzinationen. Er wurde zurückgeschickt und am 21. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 25. VI. Der Patient ist gemütsreizbar, traurig und geneigt zum Weinen.

Diagn.: Kakke-Depression.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zwölf Monate.

Ausgang: Einen Monat nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

Fall 40: 24jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 22. April 1904, ausmarschiert am 26. Juni. Ende Juli 1905 litt er an Kakke (Beriberi). Anfang September traten psychische Störungen ein. Der Kranke wurde traurig, bereute Taten früherer Zeit und bat fortwährend um Entschuldigung. Er wurde zurückgeschickt und am 18. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 24. IX. Deprimiert, Ideenassoziation gehemmt, Körperbewegung sehr träge; er antwortet auf Fragen sehr ungenügend, ja ist beinahe stumm. Er bückt sich und legt beide Hände auf die Knie. Er klagt über Angst in seinem Innern und bedauert sich wegen eines harten Schicksalsschlages.

Diagn.: Kakke-Depression.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 14 Monate.

Fall 41: 25jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 10. April 1905, ausmarschiert am 15. Beim Eisenbahnbau am 11. August bekam er Unwohlsein, Appetitlosigkeit, Leibweh und Durchfall. Bei der Untersuchung am 23. August zeigten sich bei ihm allgemeine Müdigkeit, Kopfweh, Belegtheit der Zunge, Appetitlosigkeit, Auftreibung des Bauches und Leibweh. Er entleerte täglich drei- bis viermal schleimig-blutigen Stuhl mit Tenesmus (Dysenterie). Ende September heilte das Leiden. Aber er bekam nochmals Müdigkeit und leichtes Ödem an den Beinen, Herzklopfen und Wadenschmerz (Kakke). Er wurde zurückgeschickt und am 13. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 15. X. Anämisch, abgemagert, das Gesicht ödematös. Er ist deprimiert, wortkarg, zeigt Hemmung der Assoziation und antwortet auf Fragen nur ungenügend.

Diagn.: Kakke-Depression (nach Dysenterie).

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: fünf Monate.

Nach meiner Ansicht ist Kakke-Stupor symptomatisch ganz verschieden von Kakke-Depression. Beide haben nur wenig Gemeinsames. Beim ersten besteht nur Stupor, keine Depression, beim letzteren dagegen Depression mit Hemmungserscheinungen. Beide Formen sind vorläufig nur als Symptome von Kakke zu betrachten, nicht als selbstständige Krankheitsbilder. Über die Stellung von Kakke in der Psychiatrie kann man bis jetzt noch nichts sagen.

Weiter kann ich „Kakke-Agitation“ und „Kakke-Exaltation“ unterscheiden. Bei ersterer bemerkt man die Beschleunigung der Körperbewegung und der Ideenassoziation mit keiner ausgeprägten Verstimmung des Gefühllebens, bei letzterer dagegen Beschleunigung mit Verstimmung.

Fall 42: 25jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 3. Dezember 1902, ausmarschiert am 20. Oktober 1904. Er diente bei der „Belagerung von Port Arthur“ und nahm an der größten Schlacht in der Umgebung von Mukden teil. Mitte April 1905 litt er an Kakke (Beriberi), und anfangs Juni traten psychische Störungen ein. Er wurde geschwätzig, erregt und sang. Er wurde zurückgeschickt und am 17. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 18. VI. Man bemerkt leichte Agitation bei dem Patienten.

Diagn.: Kakke-Agitation.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sieben Monate.

Ausgang: Drei Wochen nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

Fall 43: 22jähriger Trainknecht.

Hereditäre Belastung: Es gab zwei Geisteskranke in seiner Verwandtschaft.

Anamn.: Angeworben am 31. Mai 1905, ausmarschiert am 8. Juni. Seit dem 8. Juli bekam er Appetitlosigkeit und Parästhesie an den Beinen. Am Mittag des 17. Juli ward er ausgelassen, erregt, klatschte in die Hände und sang laut; er ward ganz verworren. Damals waren die Kniereflexe schwach.

Stat. praes.: 13. 8. Exaltiert und erregt; Parästhesie an beiden Unterschenkeln.

Diagn.: Kakke-Exaltation.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: ein Monat.

Siemerling schreibt in dem Lehrbuch der Psychiatrie, daß bei Beri-Beri melancholische Stuporzustände häufiger als manische und halluzinatorische Erregungszustände auftreten. Sonst gibt es, soviel ich weiß, keine Arbeit über psychische Störungen bei Beri-Beri resp. Kakke, die im In- oder Ausland veröffentlicht ist. Ich kann nicht ohne weiteres entscheiden, ob Beri-Beri und Kakke ganz dieselben Krankheiten sind, aber ich glaube, daß sie wenigstens einander sehr ähnlich sind. Deshalb stimmt meine Erfahrung mit der Behauptung von Siemerling im allgemeinen überein, mit dem Unterschiede, daß ich Stupor und Depression als verschiedene Zustände einander gegenüberstelle.

## 4. Organerkrankungen.

Unter 14 Fällen von psychischen Störungen mit gleichzeitigen Organerkrankungen fand ich sechs mit Magendarmkatarrh (einschließlich

Dickdarmkatarrh), drei mit Syphilis, je einen mit Lungentuberkulose, Herzklappenfehler, Pleuritis und Nephritis. Sie waren teils veranlassende Ursachen für psychisch-nervöse Erkrankungen, teils nur Komplikationen.

Tabelle V.

| | Organ-Erkrankungen | | | | | | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Magendarm- (Dickdarm-) katarrh | Syphilis | Lungen-tuberkulose | Herzklappen-fehler | Pleuritis | Nephritis | |
| Melancholie . . . . . | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | | 8 |
| Manie . . . . . . . . | | | | | | 1 | 1 |
| Neurasthenie . . . . . | 3 | | | | | | 3 |
| Dement. paral. . . . . | | 1 | | | | | 1 |
| Summe | 6 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 13 |

Als Beispiele führe ich folgende Fälle au:

Fall 44: 24jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworhen am 2. Juli 1905, ausmarschiert am 28. Am 10. August hekam er Unwohlsein, Kopfweh, Unterleibsschmerz, Kollern, dann folgte Durchfall. Bei der Untersuchung am 2. Septemher zeigte er helegte Zunge. Hyperästhesie an der linken Fossa iliaca; er entleerte in einem Tage üher zehnmal schleimigen mit wenig Blut gemischten Stuhl (Dickdarmkatarrh). Nach der Heilung des Darmleidens gegen Ende Septemher hliehen Abmagerung, Verstopfung, allgemeine Schwäche zurück, und es traten psychische Störungen auf. Der Patient zeigte ängstlichen Gesichtsausdruck, Depression und sprach langsam. Er ward zurückgeschickt und am 11. Oktoher ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 15. X. Ahgemagert, anämisch. Gesichtsausdruck traurig, depressiv; Patient spricht nur langsam. Assoziation gehemmt.

Diagn.: Melancholia simplex nach Dickdarmkatarrh.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zwei Monate.

Fall 45: 23jähriger Krankenpfleger.

Anamn.: Schwächlich veranlagt. In seinem 20. Lebensjahre litt er an Gehirnkrankheit, welche nach Verlauf von acht Monaten heilte. Angeworhen am 1. Dezemher 1903, ausmarschiert am 24. Juni 1905. Am 29. August bekam er hei seinem Dienste plötzlich Ekelgefühl, Erbrechen, Leibweh und einige Male wässerigen Durchfall. Bei der Untersuchung am 15. Septemher war der Bauch vertieft, Fossa iliaca heiderseits schmerzhaft bei leichtem Druck; der Patient entleerte täglich fünf- his sechsmal gelblich-schwarzen schleimigen Stuhl (Dickdarmkatarrh). Außerdem bekam er Müdigkeit, Ekelgefühl, Appetitlosigkeit, Kopfweh und Schwindel: ab und zu Pollutionen. Ende Septemher heilte das Darmleiden, und es hlieben allgemeine Schwäche, Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit oder Schlaf mit vielen Träumen, Depression, Abstumpfung des Gedächtnisses und Denkvermögens zurück. Er wurde zurückgeschickt und am 6. Oktoher ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 8. X. Er klagt über Kopfweh, Schwere im Kopfe. ist depressiv, sucht die Stille auf und möchte sich ums Leben bringen. Er kann seine Aufmerksamkeit nicht auf einen Punkt konzentrieren (Zerstreutheit). Er schläft nicht gut, träumt viel; zwei- bis dreimal Pollutionen in zehn Tagen.

Diagn.: Neurasthenie nach Dickdarmkatarrh.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: drei Monate.

Fall 46: 30jähriger Offizier der Infanterie.

Anamn.: Im Februar 1903 erlitt er eine geschwürige Infiltration an der Eichel, die jedoch nach drei Wochen heilte. Seit Juni desselben Jahres diente er bei der Besatzung von Formosa. Im August fiel ihm sein Haar aus. Ein Militärarzt diagnostizierte ihn als syphilitisch und verordnete ihm die antisyphilitische Behandlung. Im Januar 1904 bekam er Schmerz an beiden Kniegelenken und wurde dabei auch antisyphilitisch behandelt. Seit Januar 1905 hatte er das Gefühl, als ob sein ganzer Körper eigentümlich stinke, besonders beide Oberschenkel. Im März kam er aus Formosa zurück. Nach abermaligem Ausmarsch am 12. April nahm er den Gestank stärker wahr und war darüber sehr traurig. Er wurde am 5. Mai von einem Militärarzt untersucht. Damals zeigten sich bei ihm Drüsenanschwellungen am Ellenbogen und dem Halse, traurige Gesichtszüge, Spracharmut, Energielosigkeit bei der Arbeit, Kopfweh, besonders am Hinterkopf, Schwindel, Schlaflosigkeit, Verstopfung und Verdauungsstörungen. Er erklärte betrübt, daß seine Syphilis schon absolut unheilbar geworden wäre. Der Depressionszustand blieb ein dauernder. Um zwei Uhr vormittags am 29. Mai brachte er sich mit seinem Säbel eine 13 cm lange, von der linken Mamillarlinie über den Nabel rechts laufende Hautwunde und eine 2 cm große, am vorderen Teile des Halses direkt unter dem Ringknorpel, von links oben nach rechts unten laufende, mit der Luftröhre nicht kommunizierende, spaltförmige Stichwunde bei. Er ward zurückgeschickt und am 17. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 17. VI. Gesichtsausdruck traurig: Depression, Assoziationshemmungen, Spracharmut, mangelhaftes Antworten auf Fragen.

Diagn.: Melancholia syphilidophobica (Selbstmordversuche).

Veranlass. Ursache: Syphilis.

Fall 47: 41jähriger Infanterist.

Hereditäre Anlage: Die Mutter war hysterisch.

Anamn.: In seinem 22. Lebensjahre litt er an Syphilis; im 25. verheiratete er sich und bekam vier Kinder. Er war nervös, kleinmütig und wurde ab und zu schwermütig, so daß er ganze Tage in seinem Zimmer in Gedanken versunken zubrachte. Angeworben im Januar 1905. Seit dem baldigen Ausmarsch nach Formosa im Februar wurde er depressiv, sprach nichts mit anderen und versuchte Selbstmord durch einen Stich am Halse. Bei der Untersuchung am 30. Mai zeigte er traurigen Gesichtsausdruck mit Runzeln zwischen beiden Augenbrauen; sein Bewußtsein war mit starken Unlustgefühlen erfüllt; Ideenassoziationen sind erschwert. Man wies auch dabei Drüsenanschwellung am Halse, den Ellenbogen und in der Leistengegend nach. Er ward zurückgeschickt und am 15. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 20. VIII. Gesichtsausdruck traurig, gerunzelt zwischen beiden Augenbrauen. Er setzt sich nieder und legt beide Hände auf die Knie. Er spricht nicht, schläft wenig und ißt nur auf Zureden.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).

Von dem Ausmarsch bis zur Erkrankung: weniger als ein Monat.

Komplikation: Syphilis.

Fall 48: 27jähriger Militärapotheker.

Anamn.: Seit einem Jahre bekam er Husten und Auswurf. Nach dem Ausmarsch wurde er am 5. Juli 1905 untersucht. Damals war die rechte Lungenspitze resistent, die Exspiration verlängert und rauh; man hörte bei tiefem Einatmen Rasselgeräusche. Um den 8. Juli ward er irrsinnig und versuchte Selbstmord. Er ward zurückgeschickt und am 21. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 25. VI. Depression, Spracharmut, Assoziationshemmungen, Selbstmordneigung.

Diagn.: Melancholie bei Lungentuberkulose (Selbstmordversuche).

Fall 49: 26jähriger Trainknecht.

Anamn.: In seinem 15. Lebensjahre litt er an akutem Gelenkrheumatismus, welcher nach einem Jahre heilte. Angeworben am 9. April 1904, ausmarschiert am 9. Mai. Nach einem langen Marsche bekam er eines Tages starkes Herzklopfen und Angstempfindung an der Herzgrube. Man fühlte damals ein systolisches Zittern in der Mamillarlinie und konstatierte durch die Perkussion, daß die rechte Grenze der Herzdämpfung in der linken Sternallinie, die linke Grenze links von der Mamillarlinie und die obere im dritten Interkostalraum liege. Der zweite Pulmonalton war akzentuiert und an der Herzspitze hörte man auch ein systolisches Geräusch: Insuffizienz der Mitralklappen. Er wurde zurückgeschickt und am 26. Juni 1905 ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen. Bald zeigten sich bei ihm depressive und Hemmungserscheinungen. Seit Anfang Juli war er sehr furchtsam und behauptete, das Gerücht sei schon sehr verbreitet, daß er ein russischer Spion sei und deshalb bald mit dem Tode bestraft werden solle. Gehörshalluzinationen?

Stat. praes.: 9. VII. Bewegungshemmung; leichte Depression.

Diagn.: Melancholia simplex bei Insuff. der Mitralklappen.

Von dem Ausmarsch bis zur Erkrankung: 13 Monate.

Fall 50: 23jähriger Artillerist.

Anamn.: Angeworben am 25. Juli 1904, ausmarschiert am 21. Dezember. Ende April 1905 erkältete er sich durch den strengen Nachtdienst und bekam Frostgefühl, Fieber, Kopfweh, Kopfschwere, Schwindel, Schmerz an der linken Seite des Brustkorbes, Husten, Auswurf, belegte Zunge und schlechten Appetit. Man konnte damals objektiv durch die Perkussion den erhöhten Widerstand vorn, von der sechsten Rippe ab, und die Dämpfung hinten, vom unteren Winkel des Schulterblattes ab, nachweisen. Das Atemgeräusch war vorn, von der fünften Rippe ab, schwach, hinten erloschen: Pleuritis acuta sinistra. Er ward zurückgeschickt und am 26. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen. Seit dem 30. Mai wurde er irrsinnig und äußerte einige Verfolgungsideen. Er behauptete weinend, daß er gegen die militärische Disziplin gefehlt habe und deswegen zum Tode verurteilt werden müsse. Er glaubte auch schon „tot zu sein". Versündigungswahn.

Stat. praes.: 4. VI. Gesichtsausdruck traurig, depressiv, selbstbeschuldigend; Versündigungswahn. Er wünscht zu sterben.

Diagn.: Melancholie bei Pleuritis exsudativa (Versündigungswahn).

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: fünf Monate.

Fall 51: 32jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 16. Juni 1904, ausmarschiert am 1. August. Bei der Schlacht von Schaho am 14. Oktober wurde ihm das linke Kniegelenk durchschossen. Seit dem 22. Oktober bekam er auch Kopfweh, Fieber und Husten; man hörte dabei rauhe Atemgeräusche, Pfeifen und Rasselgeräusche. Er wurde zurückgeschickt, am 29. November ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen und

dann am 6. Dezember ins Reservelazarett Himeji geschickt. Damals hatte er 108 Pulsschläge, 26 Atemzüge, Gesicht und Füße waren ödematös, der Herzspitzenstoß nach rechts gerückt, das Kniegelenk links ankylotisch in 120°, die Unterschenkel beiderseits abgemagert; man konstatierte dabei auch Herzgeräusch, leichte Dämpfung außerhalb der rechten Mamillarlinie, Schwäche der Atemgeräusche und Albuminurie.

22. XII. Örtlich unorientiert, keine Erinnerung an Verwundung und Erkrankung.

28. I. 05. Um 11 Uhr vormittags wurde er plötzlich tobsüchtig, warf mit Gegenständen um sich, biß in Kleider, lachte und zürnte, sang laut und war immer geschwätzig.

Stat. praes.: 5. II. Abgemagert, anämisch, geschwätzig; man kann keinen logischen Zusammenhang in seinen Gesprächen finden. Verworrenheit. Die Körperbewegung ist gesteigert, sehr unruhig im Bett. Tobsucht.

Diagn.: Manie bei Nephritis.

Ausgang: 8. II. Alle psychischen Symptome sind schon vorübergegangen. Erinnerung vorhanden. Zwei Wochen nach der Erkrankung erfolgte bedeutende Besserung.

### 5. Alcoholismus acutus.

Der gewöhnliche oder physiologische Rausch besteht bekanntlich in den meisten Fällen darin, daß ein Exaltationszustand mit Beschleunigung der Ideenassoziation und der Körperbewegung auftritt. Im späteren Stadium, besonders nach längerem Trinken, stellen sich Sprachstörungen, Unsicherheit des Ganges und der Körperbewegung, Verwirrtheit mit einzelnen Sinnestäuschungen ein. Die zum Rausch nötige Menge eines Getränkes, die Arten und die Schwere der Erscheinungen sind von der Konstitution der betreffenden Person abhängig. Der physiologische Rausch dauert einige Stunden, höchstens einen Tag. Mit dem Verschwinden des Alkohols im Körper, gewöhnlich nach mehrstündigem Schlaf, läßt er allmählich nach. Nach sehr heftigem Rausch bleibt Amnesie zurück.

Der pathologische Rausch tritt häufig bei hereditär Belasteten, bei Epileptischen, Hysterischen, Neurasthenischen und bei denjenigen, welche durch Kopfverletzungen, Erkrankungen des Gehirns, akute fieberhafte Krankheiten usw. widerstandsunfähig geworden sind, auf. Bei allen diesen zeigen sich manchmal schon nach dem Genuß von geringer Alkoholmenge sehr heftige und länger andauernde Rauschzustände.

Erscheinungsformen des pathologischen Rausches sind transitorische Melancholie, transitorisches halluzinatorisches Irresein, meistens aber transitorische Tobsucht. Sie dauern gewöhnlich einige Stunden bis einige Tage, mit oder ohne Amnesie. Sie sind alle insoweit durch akute Alkoholvergiftung bedingt, als bei Patienten kein körperliches oder psychisches Zeichen von Alkoholismus chronicus nachzuweisen ist.

Im Kriege wird der Mangel an Nahrung häufig durch Alkohol (Sâke) ersetzt. — Auch der chronische Alkoholmißbrauch kommt sehr oft vor. Alkohol wirkt bekanntlich besonders schädlich, wenn der Körper durch irgendwelche Ursache, z. B. Überanstrengung, schon geschwächt ist. Dadurch können bei den Kriegsteilnehmern pathologische Rauschzustände leicht eintreten. Unter den fünf Fällen, welche ich diesmal beobachtete, waren zwei melancholische und drei manische. Sie heilten alle nach einer Woche bis einem Monat.

Als Beispiele teile ich folgende Fälle mit:

Fall 52: 33jähriger Offizier der Infanterie.

Anamn.: Er ist Trinker, bekam zuweilen, besonders nach starkem Trinken, Kopfweh, Schwere im Kopfe, Benommenheit und Vergeßlichkeit. Seit dem 11. Februar 1905 streugte er sich körperlich und geistig übermäßig an. Ungefähr seit dem 10. März bekam er Kopfweh und ein Gefühl von Eingenommensein. Ungefähr seit dem 24. März trat Depression mit hochgradiger Schlaflosigkeit ein. Nichtsdestoweniger gab er bei solchem krankhaften Zustande niemals das Trinken auf. Ja, er trank sogar am 29. März die ganze Nacht hindurch, ohne zu schlafen. Dadurch bekam er wieder Kopfweh, Eingenommensein, Appetitlosigkeit und Verstopfung. Heftige Depression stellte sich bei ihm ein; er bereute frühere Handlungen und wollte sich töten. Er wurde am 30. März ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

3. IV. Er sagt, daß ein Hauptmann in sein Zimmer eingetreten sei (Gehörshalluzination).

5. IV. Er suchte eine Pistole und versuchte, mit einem Gürtel sich zu erdrosseln. An diesem Tage wurde er ins Reservelazarett Himeji geschickt.

Stat. praes: 9. IV. Kopfweh, Schwere im Kopfe, Schlaf- und Appetitlosigkeit. Depression und träge Körperbewegung.

Diagn.: Alkoholpsychose (Depression). Nervöse Grundlage?

Ausgang: Ungefähr 20 Tage nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

Fall 53.: 30jähriger Krankenpfleger.

Anamn.: Ausmarschiert am 8. Juni 1905. Am 24. Juli begleitete er Kranke von Mukden nach Liaujang und trank bei der Rückkehr zuviel. Er wurde dadurch ausgelassen, erregt, geschwätzig und schlaflos. Seit dem 31. Juli wurde der Zustand ganz anders: Der Kranke war depressiv, wortkarg und in tiefe Gedanken versunken. Er versuchte sich zu töten. Er wurde zurückgeschickt und am 9. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 13. VIII. Parästhesie an den Beinen, Herzklopfen, sonst keine besondere Störung.

Diagn.: Alkoholpsychose (Depression). Nervöse Grundlage? Geheilt.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: ein Monat.

Ausgang: Drei Wochen nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

Fall 54: 31jähriger Trainknecht.

Hereditäre Belastung: Sein Vater ist an einer Gehirnkrankheit gestorben.

Anamn.: Er ist Potator. Ausmarschiert am 28. Juni 1905. Um drei Uhr nachmittags am 10. Oktober trank er sehr viel Sâke mit Bier und wurde um sechs Uhr tobsüchtig. Er zeigte damals Sprachstörung und klagte über Angst in der Brust. Er wurde zurückgeschickt und am 27. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 29. X. Man findet keine Störung.
Diagn.: Alkoholpsychose (maniakalische Erregung). Jetzt schon genesen. Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: drei Monate.
Ausgang: Er soll eine Woche nach der Erkrankung geheilt gewesen sein.

## 6. Kopfverletzung.

Fälle von Kopfverletzung, deren genaues Studium neurologisch wie psychiatrisch von großem Interesse ist, sind natürlich im Kriege häufig. Leider konnte ich in meinem beinahe einjährigen Dienst nur einige Fälle von nervös-psychischen Störungen nach Kopfverletzung beobachten, weil die Verwundeten vorläufig in der chirurgischen und medizinischen Abteilung, nicht in der psychiatrischen behandelt wurden. Ich führe zwei Fälle davon als Beispiele an:

Fall 55: 24jähriger Infanterist.

Anamn.: Nach dem Ausmarsch bekam er bei der Schlacht in der Umgebung von Liaujang am 30. August 1904 eine Schußwunde, welche vom oberen Teile der linken Stirnscheitelnaht durch den oberen Rand des linken Scheitelbeins ging und 6 cm lang war. Er wurde deswegen zurückgeschickt und am 23. September ins Reservelazarett Hiroschima, dann am 12. Oktober ins Reservelazarett Himeji aufgenommen.

26. XI. Rechtsseitige Hemihypästhesie, Schwäche des rechtsseitigen Faustschlusses.

7. I. 05. Ein Schmerzpunkt auf der Frontalparietalnaht, rechtsseitige Hemihypästhesie, besonders an der inneren Fläche des Oberschenkels, Kopfweh, Schwindel, Schlaflosigkeit, Unruhe.

17. I. Schlaflos, unruhig, reizbar; er singt, ist zornig, weint, tobt. Bauchdecken- und Kniereflexe stark gesteigert.

Stat. praes.: 25. I. Patient ist leicht exaltiert, geschwätzig, munter, antwortet auf Fragen ganz deutlich. Die Muskelkraft des rechten Armes ist etwas geschwächt. Pupillenreaktionen und Patellarreflexe sind normal.

Diagn.: Manie nach Kopfverletzung.

Fall 56: Ein 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Nach dem Ausmarsch beteiligte er sich an mehreren Schlachten. Bei der Schlacht in der Umgebung von Liaujang am 30. August 1904 bekam er eine Schußwunde durch den Kopf und wurde dadurch benommen. Die Eintrittswunde lag an der rechten Stirn, 2 cm über dem äußeren Ende der Augenbraue, und war kleinfingerspitzengroß. Die Austrittsstelle lag einige Zentimeter vor der Protuberantia occip. ext. und war ebenso groß wie die Eintrittswunde. Bei der Untersuchung am 1. September waren die rechtsseitigen Augenlider etwas ödematös, Conjunctiva bulbi war injiziert und die Sehschärfe herabgesetzt.

3.—7. IX. Comatös, Puls frequent und klein, rechte Pupille erweitert.

25. IX. Kopfweh, schlafsüchtig.

15. X. Aufgenommen ins Reservelazarett Hiroschima.

21. X. Aufgenommen ins Reservelazarett Himeji. Rechtsseitige Hemihypästhesie: rechte Pupille erweitert, reagiert träge; die Sehschärfe des rechten Auges herabgesetzt. Sehnenreflexe normal.

15. XI. Die Sehschärfe des rechten Auges stark gestört, Patient kann nicht die Finger vor dem Auge zählen.

Stat. praes.: 1. III. 1905. Starke Amblyopie des rechten Auges, die rechte Pupille erweitert. Patient kann nicht den Mund weit öffnen und die Zunge lang herausstrecken. Die Muskelkraft des rechten Armes schwach und der Bewegungsumfang desselben verkleinert. Er klagt über Kopfweh, Schwere im Kopfe, ist reizbar und zum Zorn geneigt. Sonst keine psychische Störung.

Diagn.: Organische Stirnverletzung mit Herdsymptomen und nervösen Störungen.

## 7. Heredität.

Das Vorhandensein von hereditärer Belastung konnte ich nur bei wenigen Fällen konstatieren, bei den meisten war es nicht nachzuweisen.

Tabelle VI.

| Krankheitsformen | Hereditäre Belastung | | Summe |
|---|---|---|---|
| | Vorhanden | nicht nachzuweisen | |
| Melancholie | 9 | 50. | 59 |
| Manie | 4 | 31 | 35 |
| Manisch-Depress. und circul. Irresein | 1 | 3 | 4 |
| Wahnsinn und Delirium | 1 | 10 | 11 |
| Paranoia | 1 | 4 | 5 |
| Neurasthenie | 6 | 38 | 44 |
| Hysterie | — | 4 | 4 |
| Alcohol. acutus | 1 | 4 | 5 |
| Beri-Beri-Psychosen | 1 | 11 | 12 |
| Dement. paralyt. | — | 9 | 9 |
| Dement. Praecox | 3 | 5 | 8 |
| Angeborener Schwachsinn | — | 15 | 15 |
| Summe | 27 | 184 | 211 |

## 8. Alter der Erkrankung.

Die größte Morbiditätsziffer fällt auf das 23. Lebensjahr, dann auf das 24., 22., 25., 26. und 27. in absteigender Ordnung. Das Alter von 22—24 Jahren entspricht gerade der Zeit des dreijährigen aktiven Militärdienstes, das vom 25. Jahre ab der Zeit des inaktiven. Die Inaktiven sind alle im Krieg früher oder später wieder angeworben worden. Nach meiner Erfahrung sind also Kriegspsychosen in früheren, d. h. aktiven Dienstjahren häufiger als in späteren, „inaktiven“.

Tabelle VII.

| Alter der Erkrankung | Krankheitsformen: Melancholie | Manie | Manisch-Depress. u. circul. Irresein | Wahnsinn und Delirium | Paranoia | Neurasthenie | Hysterie | Alcohol. actus | Beri-Beri-Psychosen | Dement. paralyt | Dement. praecox | Angeborener Schwachsinn | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | 1 | 2 | | | | 1 | | | | | 2 | | 6 |
| 22 | 6 | 4 | 1 | | | 5 | | | 2 | | 2 | | 20 |
| 23 | 13 | 4 | 1 | 1 | | 11 | | | 2 | 1 | 3 | | 36 |
| 24 | 5 | 7 | 1 | 1 | | 4 | | | 2 | 1 | | | 21 |
| 25 | 7 | 3 | | | | 1 | | 1 | 2 | 2 | | | 16 |
| 26 | 4 | 5 | | | 1 | 2 | | | 1 | | | | 13 |
| 27 | 6 | 1 | 1 | 1 | | 3 | 1 | | | | | | 13 |
| 28 | 2 | | | 3 | | 2 | 1 | | | 1 | 1 | | 10 |
| 29 | 2 | 2 | | | | 4 | | | | | | | 8 |
| 30 | 5 | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | 1 | | | | 10 |
| 31—35 | 3 | 1 | | 2 | 1 | 11 | 1 | 2 | 2 | 1 | | | 24 |
| 36—41 | 4 | 3 | | 1 | 3 | | | 1 | | 3 | | | 15 |
| unbekannt | 1 | 2 | | 1 | | | | | | | | 15 | 19 |
| Summe | 59 | 35 | 4 | 11 | 5 | 44 | 4 | 5 | 12 | 9 | 8 | 15 | 211 |

## 9. Waffengattungen.

**Nach den Waffengattungen sind bei meinen Beobachtungen Infanteristen am häufigsten erkrankt, danach Trainknechte. Die Zahl dieser beiden Gruppen ist höher als die der anderen Waffengattungen.**

Tabelle VIII.

| Truppengattungen | Krankheitsformen: Melancholie | Manie | Manisch-Depress. u. circul. Irresein | Wahnsinn und Delirium | Paranoia | Neurasthenie | Hysterie | Alcohol. acutus | Beri-Beri-Psychosen | Dement. paralyt | Dement. praecox | Angeborener Schwachsinn | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Offiziere und Unteroffiziere | 5 | 2 | | 1 | 1 | 6 | | 1 | | | | | 16 |
| Infanteristen | 27 | 14 | 2 | 3 | 4 | 16 | 3 | | 3 | 4 | 6 | 1 | 83 |
| Kavalleristen | | | | | | 4 | | | | | | | 4 |
| Artilleristen | 3 | 2 | | | | 1 | | | | 1 | | | 7 |
| Pioniere | 3 | 2 | | | | 1 | | | | | | | 6 |
| Trainknechte | 15 | 9 | 1 | 3 | | 7 | 1 | | 7 | 4 | | 2 | 49 |
| Krankenpfleger | 2 | 2 | | 1 | | 5 | | 2 | | | 2 | | 14 |
| Sonstige | 4 | 4 | 1 | 3 | | 4 | | 2 | 2 | | | 12 | 32 |
| Summe | 59 | 35 | 4 | 11 | 5 | 44 | 4 | 5 | 12 | 9 | 8 | 15 | 211 |

Allerdings erscheinen meine Zahlen zu klein, um bestimmte Schlüsse in dieser Richtung zu ziehen. Über die relative Häufigkeit der Geisteskranken bei einzelnen Waffengattungen kann ich nichts mitteilen. Im allgemeinen haben Offiziere und Unteroffiziere relativ mehr an psychischen Krankheiten gelitten, als gemeine Soldaten.

## II. Zeitdauer vom Ausmarsch bis zur Erkrankung.

Unser Krieg dauerte ein Jahr und neun Monate, d. h. vom Februar 1904 bis Oktober 1905. Manche Teilnehmer erkrankten schon einen Monat nach dem Ausmarsch, andere erst gegen Ende des Krieges. Die meisten Fälle kamen in den ersten sechs Monaten nach dem Ausmarsch vor. Mit der Dauer des Krieges nahmen sie allmählich ab, so daß ein Jahr nach dem Ausmarsch bedeutend weniger Kriegsteilnehmer psychisch erkrankten. Aber auch schon vor dem Ausmarsch erkrankten nicht wenige daheim. Meine Erfahrung steht deshalb nicht in Einklang mit dem Schlusse, zu welchem der Verfasser der „Kriegspsychosen 1870/71“ kam. Dieser Schlußsatz lautet: „Eine mäßige Vermehrung der Geisteskranken in der Armee während der Dauer der kriegerischen Ereignisse kann mit vieler Wahrscheinlichkeit gefolgert werden.“

Tabelle IX.

| Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung | Krankheitsformen | | | | | | | | | | | | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Melancholie | Manie | Manisch-Depress. u. circul. Irresein | Wahnsinn und Delirium | Paranoia | Neurasthenie | Hysterie | Alcohol. acutus | Beri-Beri-Psychosen | Dement. paralyt. | Dement. praecox | Angeborener Schwachsinn | |
| Vor dem Ausmarsch . . . | 7 | 3 | | 1 | | 6 | | 1 | | | 5 | | 23 |
| bis 1/2 Jahr . . | 16 | 14 | 2 | 1 | | 12 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | | 56 |
| 1/2 bis 1 Jahr . | 9 | 7 | 1 | 3 | | 10 | 1 | 1 | 5 | 2 | 1 | | 40 |
| mehr als 1 Jahr | 10 | 5 | | 3 | 1 | 5 | | | 1 | | | | 25 |
| unbekannt . . . | 17 | 6 | 1 | 3 | 4 | 11 | 2 | | 3 | 4 | 1 | 15 | 67 |
| Summe | 59 | 35 | 4 | 11 | 5 | 44 | 4 | 5 | 12 | 9 | 8 | 15 | 211 |

## III. Ausgänge.

Über die Ausgänge der von mir beobachteten Fälle kann ich nichts Genaueres mitteilen, weil ich viele Fälle nicht länger beobachten konnte. Nur bei wenigen Fällen ist der weitere Verlauf bekannt, bei den meisten anderen ganz unbekannt.

Tahelle X.

| | Melancholie | Manie | Manisch-Depress. u. circul. Irresein | Wahnsinn und Delirium | Paranoia | Neurasthenie | Hysterie | Alcohol. acutus | Beri-Beri-Psychosen | Dement. paralyt | Dement. praecox | Angeborener Schwachsinn | Summe |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Heilung . . . | 8 | 3 | | 5 | | 5 | 1 | 5 | 2 | | | | 29 |
| Besserung . . | 5 | 5 | | | | 2 | 1 | | | | | | 13 |
| Tod. . . . . | 1 | | | | | 1 | | | | 1 | 1 | | 4 |
| unbekannt . . | 45 | 27 | 4 | 6 | 5 | 36 | 2 | | 10 | 8 | 7 | 15 | 165 |
| Summe | 59 | 35 | 4 | 11 | 5 | 44 | 4 | 5 | 12 | 9 | 8 | 15 | 211 |

## IV. Formen der Erkrankung.

Nach den Sanitätsberichten der deutschen Armee scheinen im Frieden Melancholie und Paralyse am häufigsten vorzukommen. W. Sommer nimmt auch mit Recht an, daß beim Militär die Melancholie die häufigste Form der frisch entstandenen Geistesstörungen ist. Nasse fand unter 27 Fällen nach dem Feldzuge 1870/71: Tobsucht sechs-, Melancholie neun-, Wahnsinn vier-, Blödsinn fünf- und Paralyse dreimal. Löcher beobachtete auch unter 33 in demselben Kriege erkrankten Soldaten zehn- Melancholie, acht- Manie, neun- sekundäre Seelenstörung und sechsmal Dementia paralytica. Jolly hingegen schrieb in seinem „Feldbrief aus Frankreich", daß er Manie, Dementia paralytica und Verfolgungswahn genügend oft, dagegen keine Melancholie beobachtet habe. Unter 211 Fällen in unserm Kriege fand ich, wie Tabelle I zeigt, fast alle Formen von psychischen Erkrankungen: 59 von Melancholie, 35 von Manie, 44 von Neurasthenie, acht von Dementia paralytica usw.

### 1. Melancholie.

Unter den 59 Fällen von Melancholie zeigten sich nach der Tabelle I sieben durch bedeutende Überanstrengung, sieben durch Erschöpfung nach Typhus abdom., drei durch die nach Influenza und zwei durch die nach Pneumonie usw. bedingt. Durch akute Alkoholvergiftung kamen zwei melancholische Fälle vor, und vier angeboren Schwachsinnige litten ebenfalls an Melancholie. Außerdem wären noch zehn Fälle zu berücksichtigen, wenn ich die Fälle von „Kakke-Stupor" und „Kakke-Depression" zusammen als melancholische Stuporzustände mit einbegreifen dürfte. Diese drei Arten von Fällen, d. h. Fälle durch Alkoholvergiftung, bei Schwachsinn und Kakke, sind nicht mitgerechnet

und in der Tabelle I eingeklammert. Bei den anderen 28 Fällen konnte ich keine bestimmte Ursache finden.

Was das Lebensalter anbetrifft, so ist das 23. Jahr am häufigsten von der Melancholie heimgesucht, dann das 25., 22., 27., 24., 30. usw. in absteigender Ordnung. Die Zahlen vermindern sich also nicht entsprechend dem höheren Alter. Allerdings kann man hieraus keine weiteren Schlüsse ziehen.

Nach den Waffengattungen fällt die größte Zahl auf Infanteristen, danach auf Trainknechte. Offiziere und Unteroffiziere haben relativ mehr an Depressionszuständen gelitten (s. o.).

Die Zeitdauer vom Ausmarsch bis zur Erkrankung schwankt zwischen einem und 17 Monaten nach dem Ausmarsch. Die meisten erkrankten in den ersten sechs Monaten, aber auch nicht wenige schon daheim vor dem Ausmarsch (s. o.).

Die Symptome von Melancholie bei Soldaten unterscheiden sich nicht von denen bei andern Personen: Der Kranke ist schlaf- und appetitlos, deprimiert, wortkarg, zeigt Hemmung der Ideenassoziation und Körperbewegung, spricht langsam, antwortet auf Fragen mangelhaft und weint. Bei elf Fällen traten deutliche Versündigungswahnideen und bei 16 Selbstmordversuche auf. Sinnestäuschungen waren sehr selten. Im allgemeinen war die Melancholie bei Soldaten nicht hochgradig, sie schien in mehreren Fällen nach einigen Monaten zurückzutreten.

Außer den oben gegebenen Fällen: 1—5, 12—15, 22, 24—26, 44, 46—50 und 52 teile ich noch folgende mit:

Fall 57: 21jähriger Unteroffizier der Infanterie.

Anamn.: Nach der Teilnahme an mehreren Schlachten erlitt er am 30. August 1904, um 5 Uhr nachmittags, bei der Schlacht in der Umgebung von Liaujang eine leichte Verletzung des linken äußeren Orbitalrandes durch das Bruchstück einer Kanonenkugel. Dadurch ward er somnolent, dämmerhaft; er wurde zurückgeschickt, am 29. September ins Reservelazarett Osaka aufgenommen und dann weiter ins Reservelazarett Himeji geschickt. Bei der Aufnahme war er somnolent, träumerisch, schwerhörig, sprach undeutlich, antwortete auf Fragen nur wenig und klagte über Kopfweh. Darnach war sein geistiger Zustand bald besser, bald schlimmer, immer unbeständig.

23. XII. Gegenstände schienen ihm undeutlich, wie mit Wolken bedeckt zu sein.

25. XII. Untersuchung in der Augenklinik: Beide Sehnervpapillen blaß, zentrale Vertiefungen breit und seicht, Maculae luteae normal, die rechte Pupille nicht reagierend. Anfangsstadium der Sehnervenatrophie?

29. XII. Schwerhörig.

2. II. 05. Die Ergebnisse der Ohrenuntersuchung: Die Trommelfelle sind diffus getrübt, zeigen stellenweise kleine Blutflecke.

Stat. praes.: 19. II. Seit einigen Tagen irrsinnig, Gesichtsausdruck stumpf, Antworten auf Fragen sehr verlangsamt, Körperbewegungen erschwert. Er bereut frühere Vergehen, die er gar nicht begangen hat, und klagt sehr betrübt, daß

seine ganze Familie wegen seiner großen Sünden zur Todesstrafe verurteilt worden sei (Versündigungswahn).

Diagn.: Melancholie (Versündigungswahn) nach Hirnerschütterung.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.

Fall 58: 31jähriger Unteroffizier der Artillerie.

Anamn.: Angeworben am 6. Mai 1904, ausmarschiert Ende Juni. Seit Anfang Mai 1905 war er geisteskrank. Er zeigte Versündigungsideen und fürchtete, daß man ihn menchlings erschießen würde. Sein Benehmen war sehr unruhig. Er behauptete, daß er ein Mörder sei und erkundigte sich oft nach dem Termin, wann er mit dem Tode bestraft werden würde: Versündigungswahn. Der Gesichtsausdruck war damals traurig, Gehörshalluzinationen waren auch vorhanden. Er ward zurückgeschickt und am 4. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 11. VI. Man findet keine krankhafte Erscheinung mehr.

Diagn.: Melancholie (Versündigungswahn); aber jetzt schon genesen.

Von dem Ausmarsch bis zur Erkrankung: zehn Monate.

Ausgang: Die Heilung erfolgte einen Monat nach der Erkrankung.

Fall 59: 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 12. September 1904, ausmarschiert am 18. November. Er beteiligte sich Ende Dezember an der sehr heißen Schlacht um die Niryosan-Festung bei Port Arthur. Nach der Übergabe der Festung von Port Arthur anfangs Januar 1905 marschierte er weiter nach Norden aus und beteiligte sich anfangs März an der größten Schlacht von Mukden. Nachher machte er noch verschiedene kleinere Schlachten mit. Seit Anfang August traten nervöse Symptome auf, welche immer schlimmer wurden. Seit September wurde er deprimiert, zeigte traurigen Gesichtsausdruck, war beinahe stumm und weinte zuweilen. Er behauptete, daß er von den Kameraden als Feigling verachtet und mit Füßen getreten würde; er ging nämlich in der Schlacht in der Umgebung von Mukden etwas zurück, was eigentlich kein Vergehen ist. Auf Fragen gab er nur dürftige Antworten. Er ward zurückgeschickt und am 21. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 24. IX. Gesichtsausdruck traurig, depressiv, Ideenassoziation gehemmt, Körperbewegung träge, stumm.

Diagn.: Melancholie (Selbstunterschätzung).

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: neun Monate.

Fall 60: 23jähriger Artillerist.

Anamn.: Angeworben am 28. November 1904, ausmarschiert am 11. August 1905. Nach der Erkrankung wurde er zurückgeschickt und am 16. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: Gesichtsausdruck traurig, Körperbewegung träge, Stimme leise; er spricht nur langsam. Er grübelt über harmlose Handlungen früherer Zeit, behauptet, daß dies alles Sünden seien und wartet auf die Todesstrafe.

Diagn.: Melancholie (Versündigungswahn).

Fall 61: 28jähriger russischer Infanterist.

Anamn.: Seit vier Jahren diente er bei der Besatzung von Port Arthur. Vor zwei Jahren gewann er dort 4000 Mark durch unberechtigten Alkoholhandel. Aus Gewissensbissen und Furcht vor Entdeckung verbrannte er das ganze Geld. Seitdem war er periodisch irrsinnig. Bei der Übergabe der Festung Port Arthur anfangs Januar 1905 wurd er gefangen, nach Japan geschickt und in die Gefangenenanstalt Himeji aufgenommen. Gegen Ende März ward er depressiv, wollte entfliehen, machte Suicidversuche, indem er oft den Kopf an irgendeinen harten

Gegenstand stieß und sich auch in die Hände biß. Deshalb ward er sogleich ins Reservelazarett zu Himeji aufgenommen.

Stat. praes.: 26. III. Der Gesichtsausdruck ist traurig; der Patient scheint sehr ängstlich zu sein, seufzt oft, fastet, ist wortkarg und schlaflos. Er stößt den Kopf an Säulen, beißt sich in die Hände und verletzt seinen Körper mit Glassplittern. Er versucht auf alle Arten, sich selbst zu töten und bittet jedermann, ihm den Hals abzuschneiden. Sehr geneigt zum Entfliehen.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).

Fall 62: 24jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 14. Februar 1905, ausmarschiert am 8. März. Seit Anfang April war er sehr müde, abgemagert, die Zunge war belegt, er hatte Kopfweh, war schlaf- und appetitlos und versuchte Selbstmord. Er ward zurückgeschickt und am 10. Mai in das Reservelazarett Hiroschima aufgenommen. Am nächsten Morgen biß er sich die Zungenspitze ab.

Stat. praes.: 14. V. Starke Depression und deutliche Assoziationshemmung. Er spricht gar nicht.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: ein Monat.

Fall 63: 29jähriger Quästurassistent.

Anamn.: Angeworben am 23. März 1904, ausmarschiert am 10. Januar 1905. Er diente bei der Kriegseisenbahnverwaltung. Seit Anfang Juli bekam er Kopfweh, Schwere im Kopfe, Müdigkeit. Diese Erscheinungen wurden immer schlimmer Bei der Untersuchung am 4. August konstatierte man heftigen Kopfschmerz, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Verstopfung, Depression, Spracharmut. Der Kranke versuchte auch Selbstmord. Er ward zurückgeschickt und am 11. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes: 13. VIII. Depressiv. Ideenassoziation gehemmt, wortkarg, spricht mit gedämpfter Stimme.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sechs Monate.

Fall 64: 38jähriger Infanterist.

Anamn.: Nach dem Ausmarsch ward er ungefähr seit Mitte Juni 1905 depressiv, wortkarg und führte zuweilen Selbstgespräche. Mitten in der Nacht vom 17. Juli versuchte er Selbstmord durch einen Schuß, der fehlging. Seitdem wünschte er immer zu sterben. Er aß Menschenkot und Gras. Er ward zurückgeschickt und am 23. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 27. VIII. Antworten auf Fragen sehr mangelhaft, Körperbewegungen erschwert, träge; Selbstmordversuche.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).

Fall 65: 31jähriger Pionier.

Anamn.: Angeworben am 11. März 1904, ausmarschiert am 6. Juni. Anfang August 1905 ward er depressiv, beschuldigte sich, daß er eine große Missetat verübt hätte; er wünschte zu sterben und versuchte in der Nacht zu entfliehen. Außerdem klagte er über Schlaflosigkeit, Eingenommensein, Schwindel, Ameisenkriechen im Gesicht, Funkensehen und Ohrensausen. Er ward zurückgeschickt und am 21. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 27. VIII. Depression, Assoziationshemmung, leise Stimme. Er antwortet auf Fragen sehr mangelhaft und spricht ganz kurz und nur bruchstückweise, nicht zusammenhängend. Er ißt nicht, schläft wenig, sucht sich zu töten.

Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche).
Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 14 Monate.

Fall 66: 23jähriger Infanterist.
Hereditäre Anlage: Mutter und Großmutter waren geisteskrank.
Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1903, ausmarschiert am 23. Mai 1904. Er beteiligte sich an mehreren Schlachten. Bei der größten „Schlacht von Mukden" am 5. März 1905 wurde ihm die linke Hand durchschossen. Er wurde zurückgeschickt und am 26. März ins Reservelazarett Himeji aufgenommen. Ungefähr seit dem 20. August zeigte er Depression und schlechten Appetit. Am 28. August versuchte er sich in einem Brunnen zu ertränken, wurde aber sofort gerettet.
Stat. praes.: 30. VIII. Er zeigte leichte Depression, klagt über Druckgefühl an der Stirn. Er bittet möglichst schnell vor das Militärgericht geführt zu werden, denn er glaubt, daß er ein großer Sünder sei.
Diagn.: Melancholie (Selbstmordversuche, Versündigungswahn).
Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 15 Monate.

Fall 67: 27jähriger Infanterist.
Hereditäre Anlage: Die Mutter irrsinnig; sieben Geschwister der Mutter alle nicht normal, darunter zwei geisteskrank und eins angeboren schwachsinnig.
Anamn.: Angeworben am 22. April 1904. Nach dem Ausmarsch im Januar 1905 beteiligte er sich an mehreren Schlachten. Am 25. Juni ward er irrsinnig; er behauptete, daß er am nächsten Dage mit dem Tode gestraft würde und wollte sich lieber vorher töten. Er war unruhig und schlief nicht. Seit dem 20. Juli besserte sich sein Zustand einmal, aber am 7. September ward er wieder irrsinnig, zweifelsüchtig und unruhig. Er beschuldigte sich und wünschte zu sterben. Er wurde zurückgeschickt und am 27. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.
Stat. praes.: 1. X. Ideenassoziation gehemmt, Körperbewegung träge.
Diagn.: Melancholie (Selbstmordneigung).
Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sechs Monate.
Ausgang: Drei Monate nach der Erkrankung erfolgte bedeutende Besserung.

## 2. Manie.

Unter den 35 Fällen von Manie zeigten sich nach der Tabelle I fünf durch bedeutende Überanstrengung, vier durch Erschöpfung nach Typhus abdom., zwei durch die nach Pneumonie usw. bedingt. Durch akute Alkoholvergiftung kamen drei manische Fälle vor, und zwei angeboren Schwachsinnige litten auch an manischen Erregungen. Außerdem müßte ich noch zwei Fälle dazu rechnen, wenn ich je einen Fall von „Kakke-Agitation" und „Kakke-Exaltation" als manische Erregungszustände einreihen dürfte. Diese drei Arten von Fällen, d. h. solche durch Alkoholvergiftung, bei Schwachsinn und Kakke, sind nicht dazu gerechnet und in der Tabelle I eingeklammert. Bei anderen 20 Fällen konnte ich keine bestimmte Ursache nachweisen.

Was das Lebensalter der Erkrankung betrifft, so ist das 24. Jahr am häufigsten von der Manie heimgesucht, dann das 26., 22., 23. usw. in absteigender Ordnung (s. o.).

Nach den Waffengattungen fällt die größte Zahl auf Infanteristen, danach auf Trainknechte (s. o.).

Die Zeitdauer vom Ausmarsch bis zur Erkrankung schwankt zwischen einem und 16 Monaten. Die meisten erkrankten in den ersten sechs Monaten nach dem Ausmarsch, aber auch nicht wenige schon daheim vor dem Ausmarsch (s. o.).

Die Symptome von Manie äußern sich bei den Soldaten in gleicher Weise wie bei andern Personen. Der Kranke ist exaltiert, agitiert, geschwätzig, lebhaft, unruhig, schlaflos. Zuweilen treten Größenideen bei ihm auf, aber hochgradige Tobsucht kommt nur selten vor. Die Mehrzahl der Fälle schien nach einigen Monaten allmählich in Heilung überzugehen.

Außer den schon oben gegebenen Fällen: 6—8, 16, 17, 23, 51 und 56 gebe ich noch folgende als Beispiele:

Fall 68: 25jähriger Unteroffizier der Infanterie.

Anamn.: Angeworben am 1. Dezember 1901, ausmarschiert am 23. April 1904. Am 30. Juni 1905 zankte er nach dem Trinken mit seinen Untergebenen; er ging am nächsten Morgen weg und vernachlässigte seinen Dienst. Deswegen wurde er von seinem Hauptmann gestraft und dadurch so erregt, daß psychische Störungen deutlicher zum Vorschein kamen. Er wurde zurückgeschickt und am 5. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes. 6. VIII. Exaltiert, gesprächig, leicht erregt. Er behauptet nachdrücklich seine Schuldlosigkeit.

Diagn.: Manie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 14 Monate.

Fall 69: 21jähriger Infanterist.

Hereditäre Anlage: Der Großvater mütterlicherseits ist an Apoplexie gestorben; eine ältere Schwester geisteskrank.

Anamn.: Er war nervös veranlagt. In seinem 18. Lebensjahr zeigte er psychische Störungen. Er war am 1. Dezember auf seinen Wunsch angeworben worden und am 1. Juli 1905 ausmarschiert. Bald traten psychische Störungen ein. Er ward geschwätzig, schlaflos, zankte gern mit Landleuten, machte Angriffe auf Mädchen, beging Ladendiebstähle. Er ward zurückgeschickt und am 1. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 3. IX. Etwas erregt, ausgelassen; keine Verwirrtheit.

Diagn.: Manie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: weniger als ein Monat.

Fall 70: 24jähriger Infanterist.

Hereditäre Anlage: Großvater war irrsinnig.

Anamn.: Als er 19 Jahre war, bekam er einen religiösen Größenwahn. Angeworben am 1. Dezember 1902, ausmarschiert am 13. Dezember 1904. Er beteiligte sich an der Schlacht von Kokkoday vom 26. bis 29. Januar 1905 und der großen Schlacht in der Umgebung von Mukden vom 27. Februar bis 11. März 1905. Mitte März bemerkte man etwas Abnormes in seinen Gesprächen; er lachte ohne Ursache, dann wurde er depressiv und stumm. Nach einigen Tagen traten alle Störungen von selbst zurück. Ende Mai ward er wieder irrsinnig; er schrie, hielt Reden, tanzte, verspottete jedermann, war exaltiert und sehr geschwätzig;

zuweilen nahm er gar keine Nahrung auf. Er ward am 18. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 25. VI. Exaltiert, geschwätzig, Körperbewegung beschleunigt.

Diagn.: Manie (Katatonie mit Remissionen?).

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 80 Tage.

Verlauf: 27. VI. Er ward ins Reservelazarett Himeji geschickt.

28. VI. Gesichtsausdruck freudig, geschwätzig, ideenflüchtig, munter, Körperbewegung beschleunigt, sehr unhöflich, stolz. Man kann keinen Zusammenhang, keine Zielvorstellung in seinen Reden finden.

Fall 71: 26jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 10. Januar 1905, ausmarschiert am 18. Am 20. März in Liaujang trat ein Exaltationszustand ein, welcher nach einer Woche nachließ. Seit dem 9. April wurde er wieder exaltiert, geschwätzig, megalomanisch, verworren; er schlief nicht, sang laut. Er wurde zurückgeschickt und am 22. April ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 30. IV. Exaltiert, geschwätzig, ideenflüchtig, Körperbewegung beschleunigt, tanzend, tobsüchtig, zerstörend, schlaflos, Geschlechtstrieb gesteigert.

Diagn.: Manie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zwei Monate.

Fall 72: 22jähriger Trainknecht.

Anamn.: Im Jahre 1903 litt er an einer postfebrilen Geisteskrankheit, welche ein Jahr lang dauerte. Seit dem Ausmarsch im Mai 1905 diente er treu und gewissenhaft. Ungefähr seit dem 30. Juni wurde er geisteskrank; er war leichtsinnig, ausgelassen, gesprächig, schlief nicht, schrieb gerne, prahlte mit seiner körperlichen Stärke, verspottete jedermann. Man bemerkte Widersprüche in seinen Gesprächen Die Pupillen waren etwas weit und reagierten träge. Der Kranke ward allmählich unruhig, tobsüchtig, zerstörte Kleider und Bettdecken. Er ward zurückgeschickt und am 11. Juli ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 16. VII. Abgemagert, anämisch, tobsüchtig, geschwätzig, lallend. Man kann keinen Zusammenhang in seinen Gespächen finden, ganz verworren. Er zerstört Kleider und Türen.

Diagn.: Manie (Paralyse?)

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.

### 3. Manisch-depressives und zirkuläres Irresein.

Außer dem oben gegebenen Fall 9 gebe ich noch folgende Fälle als Beispiele hierzu:

Fall 73: 22jähriger Infanterist.

Hereditäre Anlage: Der Vater war geisteskrank.

Anamn.: Nach dem Ausmarsch am 17. März 1905 ward er bald irrsinnig. Bei der Untersuchung am 23. März war er ängstlich und führte Selbstgespräche. Er wurde zurückgeschickt und am 3. April ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 23. IV. Geschwätzig: er deklamiert, führt Selbstgespräche.

Verlauf: Hauptsächlich bestand der maniakalische Erregungszustand, dazwischen schoben sich melancholische Depressionszustände von kürzerer oder längerer Dauer ein, so daß beide entgegengesetzte Krankheitsbilder miteinander verbunden verliefen. Ja man beobachtete sogar oft, daß die Depression und die Erregung sich miteinander vermischten (Erregung mit Depression).

Diagn.: Manisch-depressives Irresein.
Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: weniger als ein Monat.

Fall 74: Ein 23jähriger Infanterist.

Anamn.: Er hatte keine erbliche Anlage. Vor dem Ausmarsch wurde er einmal geisteskrank; er verletzte plötzlich mit einem schneidenden Instrument seine Stiefmutter, mit der er seit längerer Zeit in Unfrieden war, und versuchte unmittelbar darauf Selbstmord. Auch später noch machte er Suicidversuche. Beim Anwerben am 1. Dezember 1903 war sein Geisteszustand normal. Seit dem Ausmarsch am 14. Juli 1904 beteiligte er sich an einigen Schlachten. Mitte August litt er an Kakke (Beriberi): Ödem an Unterschenkeln, Steigerung der Kniereflexe, Parästhesie und Hypästhesie an der inneren Fläche der Unterschenkel, Ermüdungsgefühl an den Beinen, Herzklopfen und Angstgefühl in der Brust. Er ward zurückgeschickt und am 11. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen und am 23. ins Reservelazarett Himeji weiterbefördert.

Verlauf: Seit Ende November wurde er geisteskrank und zeigte ungefähr bis zum 10. Februar 1905 einen melancholischen Zustand. Unmittelbar darauf folgte ein manischer Zustand bis Anfang Juni. Dann wurde er bis Ende August wieder melancholisch.

In der melancholischen Phase war sein Gesichtsausdruck traurig, die Körperernährung lag danieder. Er antwortete auf Fragen sehr mangelhaft oder war ganz stumm. Die willkürlichen Bewegungen waren gehemmt, er tat nichts, lag jeden Tag im Bett. Die Gesamtmuskulatur war schlaff, leistete der passiven Bewegung keinen Widerstand; zuweilen zeigte sich Flexibilitas cerea.

In der maniakalischen Phase war dagegen der Gesichtsausdruck ganz freudig, das Körpergewicht gesteigert. Der Patient war munter, erregt; er schwatzte, sang, sprang und warf mit Steinen.

Diagn.: zirkuläres Irresein.
Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.
Komplikation: Kakke (Beriberi).

## 4. Halluzinatorisches Irresein.

Unter den elf Fällen (darunter ein Delirium) von halluzinatorischem Irresein (Amentia) waren vier durch Erschöpfung nach Typhus abdom., je einer durch die nach Influenza und nach Dysenterie und einer (Delirium) durch Kopfverletzung bedingt. Bei den andern vier Fällen konnte ich keine bestimmte Ursache nachweisen.

Was die Symptome von Amentia betrifft, so zeigen sich als Prodrome: Schlaf- und Appetitlosigkeit, Kopfweh, Schwere im Kopfe, Schwindel, Unruhe usw. Die Hauptsymptome sind Halluzinationen des Gesichts, des Gehörs usw., meistens unangenehmen Inhalts, und daraus sich entwickelnde Verfolgungs-, Beeinträchtigungs- und Vergiftungsideen. Zuweilen beobachtet man Größen- oder Besessenheitswahn. Es besteht kein eigentliches Wahnsystem: die Wahnideen widersprechen einander. Halluzinatorisches Irresein von der Dauer von einigen Stunden bis einigen Tagen, höchstens einer Woche, bezeichnet man besser als Delirium.

Die meisten Fälle dieser Art sollen nach kürzerer Daner geheilt sein.

Außer den schon oben angegebenen Fällen: 20, 21, 27 und 31 gebe ich noch folgendes Beispiel:

Fall 75: 40jähriger Trainknecht.

Anamn.: Seit dem Anwerben am 12. Dezember 1904 zeigte er einigemal psychische Störungen, welche immer bald von selbst heilten. Nach dem Ansmarsch litt er Ende März 1905 an Schlaflosigkeit. Am 5. April ward er unruhig, hatte keinen Appetit. Dabei zeigten sich bei ihm Abnormitäten im Sprechen und Handeln. Am nächsten Tage traten viele Halluzinationen, hauptsächlich des Gehörs, ein. Der Patient war geschwätzig, schlaflos, unruhig und ziemlich gefährlich: er bedrohte die Umgebung mit gezogenem Säbel. Mit den Halluzinationen entwickelten sich Größen- und Verfolgungsideen. Alle Störungen traten am 12. April zurück. Er wurde zurückgeschickt und am 1. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 7. V. Man findet keine psychische Störung.

Diagn: Akuter halluzinatorischer Wahnsinn; jetzt schon genesen.

Verlauf: Eine Woche nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

## 5. Paranoia.

Unter den fünf Fällen von Paranoia teile ich als Beispiele folgende zwei mit:

Fall 76: 36jähriger Infanterist.

Anamn.: Nach dem Ansmarsch litt er im Februar 1905 an Kakke (Beriberi). Mitte Juni traten Gehörshalluzinationen ein; der Kranke war erregt, tobte, schlief nicht. Er wurde zurückgeschickt und am 17. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes: 18. VI. Der Patient verweigert sehr hartnäckig die Aufnahme von Arznei und Nahrung, da er meint, daß er damit vergiftet werde. In der Nacht spricht er am Fenster, nach außen blickend, als ob draußen eine Person stände (Gehörshalluzinationen). Der Gesichtsausdruck zeigt weder Depression, noch Exaltation. Die Körperbewegung ist weder gehemmt, noch beschleunigt. Er ist sehr zweifelsüchtig, traut niemandem; er glaubt, daß alle Menschen auf der Welt seine Feinde seien. Auf Fragen erfolgen keine richtigen Antworten. Bei Wiederholung der Fragen gerät er in zornigen Affekt und schimpft.

Diagn.: Paranoia hallucinatoria, vorher Beriberi.

Fall 77: 26jähriger Infanterist.

Anamn.: Im Jahre 1903 vollendete er seinen dreijährigen aktiven Militärdienst und wurde am 12. Februar 1904 wieder angeworben. Nach dem Ansmarsch am 22. beteiligte er sich an mehreren Schlachten. Ende September 1905 zeigte sich bei ihm Depression. Er glaubte, daß alle Menschen seine Feinde seien, daß Gift in die Nahrung und in die Getränke gemischt sei. Er behauptete auch, daß Gespräche der Kameraden allegorische Schimpfworte gegen ihn seien, der Lärm der Außenwelt eine „Zaubermusik“ sei, die ihn ins Verderben stürzen wolle, die ertöne, um ihm zu fluchen. Er wurde zurückgeschickt und am 16. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes: 22. X. Der Kranke ist ruhig, antwortet auf Fragen normal, zeigt keine besondere Depression. Er behauptet, daß er durch die List seiner Feinde getötet werden würde, was er nicht verdiene.

Diagn.: Paranoia simplex.
Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: 18 Monate.

### 6. Neurasthenie.

Unter den 44 Fällen von Neurasthenie zeigten sich nach der Tabelle I fünf durch bedeutende Überanstrengung, fünf durch Erschöpfung nach Typhus abdom., vier durch die nach Influenza, vier durch Kopfverletzung usw. bedingt. Bei den anderen 19 Fällen konnte ich keine bestimmte Ursache finden.

Was das Lebensalter betrifft, so ist das 23. Jahr am häufigsten von Neurasthenie heimgesucht, dann das 22., 24., 29. usw. in absteigender Ordnung.

Nach den Waffengattungen fällt die größte Zahl auf Infanteristen, dann auf Trainknechte. Offiziere und Unteroffiziere haben relativ mehr als Soldaten an Neurasthenie gelitten.

Die meisten Fälle von Neurasthenie kamen in den ersten sechs Monaten nach dem Ausmarsch vor, aber auch nicht wenige schon daheim vor dem Ausmarsch.

Die Symptome von Neurasthenie bei Kriegern unterscheiden sich nicht von denen bei anderen Personen. Es zeigten sich bei ihnen Schmerz an der Stirn, dem Scheitel, Schwere im Kopfe, Schwindel, Depression, Vergeßlichkeit, Muskelermüdung, Appetit- und Schlaflosigkeit oder Schlaf mit vielen Träumen, zuweilen Selbstmordversuche. Die meisten Fälle sollen nach einigen Wochen bis einigen Monaten geheilt sein.

Außer den schon oben angegebenen Fällen: 10, 11, 18, 19, 28—30, 32, 45 und 57 teile ich noch folgende mit:

Fall 78: 32jähriger Quästurassistent.

Hereditäre Anlage: Ein Großvater und eine ältere Schwester litten an Geisteskrankheit, und eine Nichte war angeboren schwachsinnig.

Anamn.: Während seines Dienstes in Liaujang am 30. März 1905 bekam er Kopfweh und Schwindel. Bei der Untersuchung am 1. Mai waren vorhanden: Kopfschwere, Schwindel, Vergeßlichkeit, Schwäche der Auffassung, Unfähigkeit der psychischen Leistungen, Stimmungswechsel, Furchtsamkeit und Schlaflosigkeit. Er wurde zurückgeschickt und am 27. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 28. V. Schmerz am Scheitel, den beiden Schläfen; schlaf- und appetitlos.

Diagn.: Neurasthenie.

Fall 79: 31jähriger Infanterist.

Hereditäre Anlage: Ein Onkel ist an Apoplexie gestorben, ein anderer Oheim plötzlich ohne erkennbare Ursache (Herzschlag?).

Anamn.: Schwächlich veranlagt. Er war sehr arm und hatte Kummer und Sorge, um sich und seine fünf Kinder zu ernähren. Angeworben am 18. Juni 1904, ausmarschiert am 6. März 1905. Anfangs Juni stellten sich bei ihm neurasthenische Symptome ein, welche durch ärztliche Behandlung bald zurücktraten. Mitte Juli

zeigte er wieder nervöse Reizerscheinungen, Depression. Schlaf- und Appetitlosigkeit. Bei der Untersuchung am 28. Juli bemerkte man bei ihm Anämie, Schwäche der Herzkraft, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Hyperästhesie der Haut, Depression, Versinken in Gedanken und träges Antworten auf Fragen. Er wurde zurückgeschickt und am 24. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 27. VIII. Schlaf- und Appetitlosigkeit, Kopfweh. Schwere im Kopfe, Schwindel, Parästhesie am Kopfe und an beiden Beinen.

Diagn.: Neurasthenie.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: fünf Monate.

## 7. Hysterie.

Als Musterbeispiele von Hysterie bei Soldaten gebe ich folgende zwei Fälle:

Fall 80: 27jähriger Infanterist.

Anamn.: Bei einer Schlacht am 25. August 1904 wurde ihm der rechte Oberschenkel und die linke Seite der Brust verwundet. Er wurde deswegen zurückgeschickt und am 1. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen. Damals klagte er über Schwindel, Kopfweh, Ohrensausen, Erbrechen und Verstopfung. Seit dem 17. Oktober stellten sich Ohnmachtanfälle täglich einmal oder mehrmals ein, welche einige Minuten lang dauerten. Der Kranke erinnerte sich nur summarisch an das im Anfall Vorgekommene. Seit dem 12. Dezember trat mit der Heilung der Wunden ein Anfall von Tic convulsiv täglich mehrmals ein. Am 18. Januar 1905 wurde er ins Rervelazarett Himeji geschickt.

Stat. praes.: 25. I. Der Anfall vom Tic convulsiv wiederholt sich. Neue Reize, z. B. der Eintritt eines Unbekannten in sein Zimmer, lösen immer den Anfall aus. Während des ruhigen Liegens tritt kein Anfall ein. Der Anfall besteht darin, daß dabei der Mund nach links oder nach rechts angezogen, der Unterkiefer stark gegen den Oberkiefer gedrückt wird (Trismus), alle Gesichtsmuskeln sich zusammenziehen und zittern, der Kopf etwas nach hinten gebeugt und einigemal seitwärts geschüttelt wird. Die Pupillen zeigen keine Abnormitäten. Während des Anfalles ist das Bewußtsein dämmerhaft und die Erinnerung an die Vorkommnisse im Anfalle summarisch, es besteht aber keine absolute Amnesie. Vor dem Eintritt des Anfalles fühlt der Kranke eine harte Masse in der Herzgrube (Globus hystericus). Ein Anfall dauerte gewöhnlich zwei bis drei Minuten. Nachher kehrte der Anfall täglich mehrmals wieder; anfangs Mai hörten die Anfälle auf.

Diagn.: Hysterie.

Verlauf: Sieben Monate nach der Erkrankung erfolgte die Heilung.

Fall 81: 28jähriger Infanterist.

Anamn.: Seit dem Ausmarsch im Juli 1904 beteiligte er sich an mehreren Schlachten. Ende Juli bekam er Kopfweh, Belegtheit der Zunge, Appetitlosigkeit und Schmerzempfindung an der linken Darmbeingrube und entleerte wiederholt schleimig-blutigen Stuhl mit Tenesmus (Dysenterie). Er wurde zurückgeschickt und am 12. September ins Reservelazarett Himeji aufgenommen.

Bei der Aufnahme zeigten sich bei dem Patienten Kopfweh, Schwindel, Appetitlosigkeit und Schmerzempfindung entlang des linken Nerv. ischiadicus.

23. IX. Die Schweißsekretion am Handteller und der Fußsohle ist sehr gesteigert; zuerst kommen kleine Wassertropfen zum Vorschein, dann vergrößern sie sich mehr und mehr, bis sie zusammenfließen.

30. X. Linksseitige Hemihypästhesie (die Verminderung der Schmerzempfindung) Steigerung der Kniephänomene, Hyperästhesie am Schädel: Patient hat einen heftigen Schmerz beim Fingerdruck auf den Kopf.

1. XI. Ängstliche Empfindung an der Herzgegend. 100 Pulsschläge. Nachher wiederholte sich diese Präkordialangst anfallsweise.

20. XII. Am Abend warf er den Zimmerofen um; taumelnder Gang, eine Sprachstörung.

Stat. praes.: 25. I. 05. Linksseitige Hemihypästhesie; Wärmeempfindung an der linken Körperhälfte auch abgestumpft, Kälteempfindung aber beiderseits gleich. Die Kopfhaut ist im allgemeinen hyperästhetisch. Am rechten Teile der Frontoparietalnaht und auf dem Dornfortsatze des zweiten Brustwirbels findet man Schmerzpunkte. Pupillenreaktionen und Kniereflexe sind normal. Die Muskelkraft des linken Beines ist schwach, es ist ihm nicht möglich, auf dem linken Beine zu stehen. Das Bewußtsein ist klar; der Kranke antwortet auf Fragen ganz ordentlich, nur ist die Sprache etwas undeutlich. Sonst findet man keine psychische Störung Die Schweißsekretion am Handteller und der Fußsohle ist sehr gesteigert.

Diagn.: Hysterie mit lokaler Steigerung der Schweißsekretion nach Dysenterie Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: vier Monate.

## 8. Dementia paralytica.

Alle Nachrichten von den Schlachtfeldern verschiedener Zeiten und verschiedener Orte stimmen darin genau überein, daß die progressive Paralyse im Kriege sehr häufig vorkommt. In den „Kriegspsychosen 1870/71" befanden sich 24 Paralytiker unter 100 Fällen Nasse fand drei unter 14 Fällen im Feldzuge 1866 und drei unter 27 nach dem Kriege 1870/71. Huppert berichtete auch bei seinen Fällen im Kriege 1866, daß die Hälfte derselben Paralyse hatte (drei unter sechs). Löcher fand sechsmal Dementia paralytica unter 33 im Feldzuge 1870/71 erkrankten Soldaten. Außerdem teilte Arndt sechsmal Paralyse unter den elf Fällen mit, die er in den drei Feldzügen 1864, 1866 und 1870/71 beobachtet hatte. Mendel schreibt in seiner Monographie „Progressive Paralyse der Irren": „Unter den gemischten Ursachen haben in der letzten Zeit die Kriege eine hervorragende Rolle eingenommen. Es würde von größtem Interesse sein, über die Opfer, die der letzte, besonders schwere Krieg gegen Frankreich in bezug auf Paralye bei dem Heere gefordert hat, nähere Aufklärung zu erhalten.... Die große Häufigkeit der Paralyse bei Soldaten und Offizieren hob schon Calmeil hervor." „Von allen Berufsarten übt der militärische den am wenigsten zweifelhaften und traurigsten Einfluß auf die Hervorbringung der Paralyse aus." „In England wird dies für die Marine ebenfalls bestätigt (Burman). Rodrigues erklärt die Häufigkeit der Paralyse bei Soldaten aus ihrem mit so großen Strapazen verknüpften, oft auch ausschweifenden Leben."

Über die Ursache der Paralyse im Kriege sagt Kraepelin in seinem Lehrbuch: „Die Entstehung der Paralyse haben wir wesentlich

auf Rechnung der im Feldzuge so vielfach erworbenen Syphilis zu setzen." Dagegen hebt Krafft-Ebing als Ursache der Paralyse im Kriege die körperlich-geistige Überanstrengung hervor.

Unter neun Fällen von Paralyse, welche ich diesmal bei Soldaten beobachtete, konnte ich nur bei einem Falle Drüsenanschwellungen nachweisen, bei den meisten anderen bestand kein auf Syphilis hinweisendes Zeichen. Die Vorgeschichten waren leider meist unbekannt.

Was das Lebensalter der Erkrankung betrifft, so fand ich zwei im 25. Jahre, je einen im 23., 24., 28., 34., 37., 39. und 41. Das geringste Alter war 23 Jahre und das höchste 41 Jahre.

Nach den Waffengattungen wurden Infanteristen und Trainknechte am meisten befallen.

Die Zeitdauer vom Ausmarsch bis zur Erkrankung schwankt zwischen einem Monat und einem Jahr.

Die Symptome von progressiver Paralyse bei Soldaten äußerten sich in gleicher Weise wie bei anderen Personen. Bei allen Fällen waren die Erscheinungen, welche auf Paralyse hinweisen, deutlich entwickelt, so daß ich sie ohne Bedenken diagnostizieren konnte.

Als Beispiele kommen folgende Fälle in Betracht:

Fall 82: 37jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben im November 1904, ausmarschiert im Dezember. Ende Januar 1905 kamen deutliche psychische Störungen vor. Er wurde unanständig und vergriff sich an fremdem Eigentum. Die Sprache war undeutlich, die Pupillenreaktionen waren gestört, die Hautempfindungen stumpf und der Nahrungstrieb gesteigert. Er war unorientiert in bezug auf Ort und Zeit und zeigte maniakalische Exaltation und Erregung. Er ward zurückgeschickt und am 17. Februar ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 17. II. Exaltiert, erregt, schlaflos, Gedächtnis geschwächt; er zerreißt Kleider und zerstört Gegenstände. Beim Sprechen verwechselt er Laute; er zeigt Zitterschrift.

Diagn.: Dementia paralytica.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: ein Monat.

Fall 83: 24jähriger Artillerist.

Anamn.: Ausmarschiert am 28. September 1904. Ungefähr seit dem 20. April 1905 wurde er wortkarg und zeigte Gedächtnisschwäche. Sein Gesichtsausdruck war stumpf, psychische Leistungen lagen danieder, so daß er nicht mehr seinen Dienst tun konnte. Er wurde zurückgeschickt und am 22. Juni ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 25. VI. Stumpfer Gesichtsausdruck, lallende Sprache, Tremor an den Lippen und Fingern und ataktischer Gang; die Kniephänomene schwach, Pupillenreaktionen aber normal. Man bemerkt deutliche Gedächtnisschwäche.

Diagn.: Dementia paralytica.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: sieben Monate.

Fall 84: 34jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 9. März 1904, ausmarschiert am 20. August litt er an einer oberflächlichen Schußwunde am linken Hinterhaupte, wurde deswegen

zurückgeschickt. Er marschierte am 21. Juni 1905 wieder aus. Am 30. Juni klagte er schon über linksseitige Hemikranie. Bei der Untersuchung am 9. Juli zeigten sich bei ihm Hemikranie und Ptosis an der linken Seite, Amblyopie, Schwerhörigkeit, Sprachstörung, motorische Störungen der Zunge und der Beine, taumelnder Gang, Hypästhesie am rechten Beine und Steigerung der Knie- und Cremasterreflexe. Er wurde wieder zurückgeschickt und am 2. August ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 6. VIII. Linksseitige Ptosis, hochgradige Sprachstörungen; Pupillen myotisch, reagierend; rechter Facialis paretisch, Nasolabialfurche entsprechender Seite seichter als die der entgegengesetzten. Der Kranke kann die Lider normal schließen, aber den Mundwinkel nicht nach rechts anziehen. Die grobe Muskelkraft des rechten Arms ist schwächer als die des linken. Beim Gehen sind beide Beine in der Bewegung gestört, besonders das rechte. Kein Tremor an den Fingern.

Der Kranke ist leicht exaltiert und erregt; er ist geschwätzig, heiter und spricht laut. Er behauptet nachdrücklich, daß er kein Irrsinniger sei. Das Gedächtnis scheint ungestört zu sein.

Diagn.: Dementia paralytica.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zwölf Monate.

Fall 85: 41jähriger Infanterist.

Anamn.: Angeworben am 19. Januar 1905, dann ausmarschiert. Seit Mitte April bekam er Vergeßlichkeit. Bei der Untersuchung am 26. August war sein Gesichtsausdruck stumpf. Die rechte Ohrmuschel war walnußgroß angeschwollen und zeigte deutliche Fluktuation. Er wurde zurückgeschickt und am 11. September ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 17. X. Gesichtsmuskulatur schlaff, Sprache gestört, Tremor an den Fingern und unsicherer Gang. Die Pupillen sind starr gegen Licht, verengern sich aber bei der Akkommodation für die Nähe; die Kniereflexe sind erloschen, Blutgeschwulst an der rechten Ohrmuschel, Patient zeigt Gedächtnisschwäche und kann nicht rechnen.

Diagn.: Dementia paralytica.

Vom Ausmarsch bis zur Erkrankung: zwei Monate?

Fall 86: 25jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 10. Februar 1904, ausmarschiert am 27. März. Nach der Erkrankung auf dem Schlachtfelde wurde er zurückgeschickt und am 7. Oktober 1905 ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 8. X. Gesichtsmuskulatur schlaff, Sprache getört, Tremor an den Fingern und taumelnder Gang. Die Pupillen reagieren normal, die Kniephänomene sind gesteigert. Hals- und Cubitaldrüsen sind angeschwollen. Patient zeigt hochgradige Gedächtnis- und Urteilsschwäche, kann nicht einmal ganz einfache Zahlen rechnen.

Diagn.: Dementia paralytica.

Ursache: Bei diesem Falle kann man die stattgefundene Syphilisinfektion mit Recht vermuten.

Fall 87: 39jähriger Trainknecht.

Anamn.: Angeworben am 8. Dezember 1904, ausmarschiert am 23. Januar 1905. Um den 25. September litt er durch Unmäßigkeit im Essen und Trinken an akutem Magendarmkatarrh. Bei der Untersuchung am 6. Oktober zeigte er Größenideen. Seitdem traten merkwürdige Abnormitäten im Sprechen und Handeln mehr zutage.

Er antwortete auf Fragen sehr unsicher. Die Pupillen reagierten nur träge,

die Zunge zitterte. Der Kranke ließ Stuhl und Harn unwillkürlich unter sich. Er wurde zurückgeschicht und am 14. Oktober ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen.

Stat. praes.: 15. X. Die Sprachstörung ist stark entwickelt, so daß man fast gar nicht verstehen kann, was der Kranke sagt. Der Tremor ist deutlich an den Lippen, Fingern nnd der Znnge zn bemerken. Die Pupillen reagieren nur träge, die Kniephänomene sind schwach, und der Gang ist unsicher.

Diagn.: Dementia paralytica.

## 9. Dementia praecox (Katatonie).

Die meisten Fälle von Dementia praecox (inkl. Katatonie), die ich in den Lazaretten beobachtet habe, sind nicht auf dem Schlachtfelde, sondern daheim vor dem Ansmarsch entstanden. Sie stehen also nicht in einem direkten Znsammenhange mit dem Kriege.

Fall 88: 21jähriger Infanterist.

Hereditäre Belastung: Der Vater war Säufer, wurde durch Kummer und Sorge irrsinnig und tötete sich vor zehn Jahren.

Anamn.: Angeworben am 15. Oktober 1904, nicht ansmarschiert. Es stellte sich bei ihm Depression ein, er antwortete auf Fragen mangelhaft. Bei der Untersuchnng am 13. Januar 1905, zeigte er leeren Gesichtsausdruck, war vergeßlich, psychischer Leistungen unfähig, klagte über Ermüdung, Kopfweh, Schwere im Kopf, Ohrensansen, Herzklopfen, Präcordialangst usw.

2. II. Er antwortet anf Fragen nicht, bleibt stumm; fragt man ihn nochmals so tritt ein Zittern des ganzen Körpers ein. Zuweilen lächelt er.

10· II. Stumm; er uriniert im Zimmer, wirft mit Gegenständen um sich.,

Stat. praes.: 15. II. Allgemeine Ernährung gut. Patient bleibt stumm. Passiven Bewegungen eines Gliedes leistet er keinen Widerstand. Bringt man einen Arm in eine Stellung, so bleibt dieser in der passiven, erteilten Stellung eine Zeit lang stehen und kehrt nur allmählich in die frühere Stellung zurück.

Diagn.: Katatonie.

Fall 89: 23jähriger Trainknecht.

Anamn.: Schwächlich veranlagt. Ansmarschiert am 12. August 1904. Seit April 1905 bemerkte man deutlich Abnormes in seinen Gesprächen nnd Handlnngen. Bei der Untersuchung am 21. April war er ängstlich, furchtsam, menschenscheu, schlaf- nnd appetitlos. Sein Benehmen war ganz kindisch, lächerlich. Er wurde zurückgeschickt nnd am 10. Mai ins Reservelazarett Hiroschima aufgenommen. Seit der Aufnahme war er stumpfsinnig, vergesslich, meistens schweigsam, Körperbewegung gehemmt. Znweilen trat der kataleptische Znstand ein.

Stat. praes.: Gesichtsausdruck leer. Er antwortet auf Fragen ganz mangelhaft, ist schwachsinnig.

Diagn.: Dementia praecox.

In den vorstehenden Mitteilnngen habe ich eine Übersicht meiner Erfahrungen über Art und Entstehung von Psychosen und Nenrosen im Kriege zu geben versucht. Selbst wenn man in einer Reihe von Fällen erkennen kann, daß die Störung schon früher ausgebrochen oder wenigstens durch starke Belastung, Infektionskrankheiten und andere

Momente vorbereitet war, kann man die große ätiologische Bedeutung des Krieges auf den Ausbruch von Psychosen und Neurosen der verschiedensten Art nicht verkennen. Für spätere Studien dieser Art ist besonders auf die Notwendigkeit der weiteren Untersuchung des Ablaufes der Störungen hinzuweisen. Nur hieraus kann sich an Stelle der jetzt noch vielfach notgedrungen angewendeten rein symptomatischen Klassifikation ein genauerer Einblick in die einzelnen Krankheitsgruppen ergeben.

## Literatur-Verzeichnis.

Arndt, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 30. S. 64.

Dick, Geisteskranke als Opfer des letzten deutsch-franz. Krieges. Ebendas. Bd. 30. S. 254.

Dietz, Geistesstörungen in der Armee im Frieden und Krieg. Ebendas. Bd. 44. S. 209.

Huppert, Zur Kasuistik des Irreseins infolge des Feldzuges 1866. Ebendas Bd. 28. S. 325.

Ideler, Mitteilungen über Psychosen bei Militärpersonen. Ebendas. Bd. 29. S. 598.

Jolly, Klinische Mitteilungen über einige infolge des Feldzuges von 1870/71 entstandene Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 3. S. 442.

— Feldbrief aus Frankreich, Allgem. Zeitschsift f. Psych. Bd. 27. S. 762.

Koike, Generalstabsarzt, Allgemeine Bemerkungen über das Sanitätswesen im japanisch-russischen Kriege. Eine Rede, gehalten in der zweiten Versammlung der vereinigten japanischen medizinischen Gesellschaften.

Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. Bd. 1. S. 74. 1899.

Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 1893, S. 164.

Löcher, Ueber Psychose beim Militär nach Feldzügen Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 37. S. 1.

Mendel, Progr. Paralyse d. Irren. S. 255.

Nasse, Bemerkungen über Geistesstörungen bei Militärpersonen infolge des Krieges 1866. Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 27. S. 517.

— Über Irresein bei Militärpersonen nach dem Feldzuge 1870/71. Ebendas. Bd. 30. S. 62.

Siemerling, Deutsche Klinik, VI, 2. S. 366.

— Lehrbuch der Psychiatrie. S. 182, 1907.

Sommer, Über Militärpsychosen. Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 43. S. 13.

Weiert, Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 29. S. 600.

Transitor, idiopath., und nach Infektionskrankheiten beobachtete Erkrankungen des Nervensystems bei den deutschen Heeren im Kriege gegen Frankreich 1870/71. Herausgegeben von der Militär-Medizinal-Abteilung des Kriegsministeriums.

III.

# Der Fall S.

Erwiderung auf Gutachten und Epikrise der Herren S.-R. Dr. **Roth** und Oberarzt Dr. **Meyer.**[1])

Von Dr. med. **Hampe,** Nervenarzt in Braunschweig.

---

Die Vorgutachter in dem Schwurgerichtsfall S., die Herren S.-R. Dr. Roth und Dr. Meyer haben ihr Gutachten als „Ergänzung" zu dem meinigen veröffentlicht, um zu zeigen, weshalb sie sich auf meinen Standpunkt bei der Begutachtung des Geisteszustandes des S. nicht gestellt haben. Herr Dr. Roth hatte den Angeklagten in seinem schriftlichen Gutachten für einen Simulanten erklärt, in der Schwurgerichtsverhandlung dann zugegeben, daß er „geistig minderwertig" sei Herrn Dr. Meyer betonte ebenfalls die Simulation des S. und sprach sich des weiteren für leichten Schwachsinn ohne Unzurechnungsfähigkeit aus.

Ich habe ebenfalls zunächst leichten Schwachsinn des S., ohne daß auf Unzurechnungsfähigkeit im allgemeinen erkannt werden könnte, festgestellt, dann aber für die unter Anklage stehende Tat selbst, infolge des Hinzukommens noch anderer Momente zu dem Schwachsinn, die Anwendung des § 51 Str.-G.-Bs. für erforderlich erachtet.

Es würde sich hier also im Grunde nur um die Frage handeln, ob die nach meiner Auffassung zu dem Schwachsinn noch hinzutretenden anderen Momente zu Recht bestehen oder nicht; denn ob die einzelnen Gutachter so oder so untersuchen, ob sie Simulation mehr oder weniger annehmen, wird im ganzen gleichgültig sein, wenn alle Gutachter in der Grundfrage zu dem gleichen Ergebnis kommen, hier also zur Feststellung eines leichten Grades von Schwachsinn bzw. einer geistigen Minderwertigkeit ohne Ausschluß der Zurechnungsfähigkeit.

Es würde sich daher ein Eingehen meinerseits auf einzelne Punkte der Vorgutachten erübrigen und nur deren Epikrise in Betracht kommen; da sie aber einmal in extenso veröffentlicht sind, läßt sich eine Beleuchtung einiger Einzelheiten nicht gut umgehen.

[1]) Vgl. diese „Klinik" II. Band 3. Heft Seite 524 u. f.

Herr Dr. Roth sagt (S. 525): Es sei „merkwürdig, daß S. sich noch ganz genau daran erinnert, daß er den Vorgang jener Schlägerei zwischen seinem Sohn und P. gesehen habe, und alle Einzelheiten noch angeben kann". M. E. ist das nicht merkwürdig; denn dieser Vorgang ist von S. mit starker Gefühlsbetonung aufgenommen und mit ebenso lebhaftem Affekt immer wieder rückerinnert worden.

Ferner, wenn S. weder Datum, noch Monat kennt, dann die Jahreszahl allmählich herausbringt und den Wochentag richtig angibt und das alles auf Grund von Simulation getan haben soll, so müßte er jedenfalls ein sehr planvoller, äußerst „gerissener" Simulant sein. Herr Dr. Roth gibt aber zum mindesten zu, daß S. „beschränkt" sei.

Des weiteren muß es meines Erachtens nicht „im höchsten Grade auffallend erscheinen, daß von diesem Schwachsinn bisher niemand etwas gemerkt hat" (S. 526). Ich verweise, um kurz zu sein, auf Breslers Fall [1]), bei dem der Oberwachtmeister, wie es ja sehr häufig vorkommt, berichtet, daß die Angeschuldigte „von den meisten Inwohnern der Umgebung als eine ganz raffinierte Betrügerin geschildert" wird, während der Gutachter die Überzeugung gewonnen hat, daß sie eine „von Jugend an schwachsinnige Person ist, deren geistige Minderwertigkeit im Elternhause und innerhalb der Ehe nach außen nicht zur Geltung kam. Anders nach dem Tode des Ehemanns" [2]). Auch bei S. war es so; zu ihren Lebzeiten führte die Frau die Geldgeschäfte, wie Dr. B. und der Gemeindevorsteher bezeugt haben, erst nach ihrem Tode ging der von S. „fast schuldenfrei übernommene Hof stetig zurück, so daß er jetzt mit Schulden überlastet ist".

S. eignete sich eben nur für die praktische Handhabung der Landwirtschaft, wie es ja bei Schwachsinnigen häufig ist, aber nicht für intellektuelle, möglichst vorteilhafte Verwertung der landwirtschaftlichen Erzeugnisse.

Natürlich simulierte S. und log Manches den Vorgutachtern gegenüber, und zwar auf Grund seines Schwachsinns, wovon ja auch Herr Dr. Meyer überzeugt zu sein scheint; ich habe nur behauptet, daß er mir gegenüber nicht simuliert hat.

Trotz seines Gedächtnisdefektes weiß er die Vorgänge auf der Landstraße deshalb so genau, wie schon oben hervorgehoben ist, weil sie ihn eben in starker Gefühlserregung fesselten. Natürlich befand er sich damals in starker „Erregung", und dieser Affekt befällt ihn naturgemäß wieder, wenn er das Ereignis rückerinnert (also auch bei seiner Zeugenaussage).

---

[1]) Bresler, Simulation von Geistesschwäche bei Schwachsinn. Psychiatr.-neur. Wochenschr. vom 3. Februar 1906.

[2]) Bresler, l. c., S. 408.

Auch die Untersuchungsergebnisse des Herrn Dr. Meyer erscheinen mir recht bezeichnend für Schwachsinn; im besonderen würde ein gerissener, schlauer Simulant nicht den Wärter der Beobachtungsanstalt um Rat fragen, wie er sich dem Arzt gegenüber verhalten solle, und noch dazu in so naiver Weise, wie S. das tat, da er sich doch eher, wenn er einigermaßen intelligent gewesen wäre, sagen mußte, der Wärter sei ebenfalls zu seiner Beobachtung angewiesen.

Wir wissen wohl, daß simulierende Verbrecher sich auch einmal verraten, aber sie tun es wohl erst nach dem Erfolge ihrer Simulation, und zwar nicht aus Angst, sondern mehr aus Eitelkeit, die ihrem erhöhten Selbstgefühl keine Ruhe läßt; eher schon sind sie Mitgefangenen gegenüber unvorsichtig, aber sicher nicht vor Wärtern.

Außerdem würde ein geistig gesunder Simulant mit kräftigem Gedächtnis, der „genau weiß, was er will", nicht dem einen Gutachter gegenüber so, dem anderen anders aussagen und bei derselben Prüfungsart nicht heute unrichtig, morgen richtig antworten.

Ich verweise hier wieder auf das Analoge mit dem Fall Breslers[1], in dem sich die Geistesschwache, als sie absichtlich über den Zweck ihres Anstaltsaufenthalts aufgeklärt worden war, plötzlich derart in ihrem Wesen veränderte, daß sie sich nun „möglichst unwissend und gedächtnisschwach" stellte.

S. konnte, als ich ihn zuerst vor der ersten Verhandlung im Untersuchungsgefängnis besuchte, nicht orientiert sein über den Zweck der Untersuchung, da meine Ernennung zum Sachverständigen erst kurz vorher und die Erlaubnis zum Besuche des Angeklagten im Gefängnis erst am Abend vor der Verhandlung kam, ich dem S. also ganz überraschend erschien, er mich weder kannte (der Sohn ist in den letzten Tagen m. W. nicht mehr zu ihm gelassen worden), noch ich ihm meinen Namen und Stand, noch Zweck der Untersuchung nannte. Ich gab mir alle Mühe, zu ersehen, ob er sich nicht selber sage, weshalb ich da sei; er schloß das nicht einmal aus der körperlichen Untersuchung; als ich ihn schließlich insoweit aufklärte, daß ich Arzt sei, meinte er, ich wolle seinen schmerzenden Arm behandeln (vgl. das Analoge im Falle Breslers).

Bei den Untersuchungen vor der zweiten Verhandlung wußte S. dann Bescheid über meine Aufgabe ihm gegenüber, da er mich im ersten Termin wiedergesehen und Zeugen befragen gehört hatte und der Verteidiger ihn inzwischen aufgeklärt hatte, ich „wolle ihm helfen".

Herr Dr. Meyer gibt dann den Gang der Schwurgerichtsverhandlung vom 2. Februar 1906 wieder, natürlich nur im Auszuge[2]) und ver-

[1]) l. c., S. 407.

[2]) Der Antrag auf Untersuchung des Angeklagten in Königslutter kam etwas anders zustande, als wie Dr. M. es darstellt, was aber belanglos ist.

mutlich vornehmlich auf Grund von Zeitungsberichten. Letztere waren allerdings in diesem Prozesse so ungenau und wenig übereinstimmend, wie kaum je in einem anderen.

Zum Schluß führen beide Vorgutachter zusammen noch einige Gründe gegen meinen Standpunkt hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung des S. an:

Zum Punkt „*erbliche Belastung*“ erwidere ich: Nach einem *mir* vorliegenden Zeitungsbericht sagte der Gemeindevorsteher auf Befragen aus: „*Geistig sei der Angeklagte nicht gerade bevorzugt; seine erste Frau habe die Geldgeschäfte geführt.* Seinen Hof habe er soweit gut bewirtschaftet, groß vorwärtsgekommen sei er aber nicht.“ Auf Befragen meinte der Zeuge, die *Mutter* des S. sei „*etwas sonderbarer Natur*“ gewesen.

Der Zeuge und Sachverständige Dr. med. B. erklärte:

„Seinen Hof habe er (S.) fast schuldenfrei übernommen, er sei stetig zurückgegangen, so daß er jetzt mit Schulden überlastet ist. S. habe sonst sehr einfach und sparsam gelebt und seine Familie sehr wenig verbraucht“. Ein weiterer Zeitungsbericht lautet: „Dr. med B . . . war bis 1892 bei der Familie S. als Hausarzt tätig. Solange die erste Frau gelebt, sei das Familienleben ein gutes, vielleicht sogar ein glückliches gewesen. Im Jahre 1891 sei S. in einer Mergelkuhle verunglückt, wobei er eine schwere *Kopfverletzung* davontrug. Außer einer *Schädelfissur* mußten auch innere Verletzungen eingetreten sein, da dem Patienten *aus Mund und Nase Blut hervorquoll*[1]); Bewußtseinsstörungen und Ohnmachtserscheinungen seien mehrfach aufgetreten. *Von da an und ganz besonders nach dem bald nach dem Unglücksfall erfolgten Tode der ersten Frau* sei in den Verhältnissen des Angeklagten *ein ungünstiger Umschwung* eingetreten. S. habe seinen Hof mit 130 *Morgen* Land sozusagen verprozessiert, so daß er heute kaum noch die Zinsen aufzubringen vermöchte. Die Frage, ob S. bei Begehung der Tat unzurechnungsfähig gewesen sei oder nicht, lasse er offen: *Schwachsinn liege nach seiner Überzeugung vor.*“

Weiter schrieb mir Dr. B. auf meine nochmalige Anfrage *vor* Drucklegung meines Gutachtens:

„Die *Mutter* des p. S. ist nach meiner Erinnerung an *Altersschwachsinn*[2]) leidend gewesen. Dieselbe war aber *in ihrem ganzen Leben nicht ganz richtig*, konnte wegen ihrer Un-

[1]) Vgl. Angabe des Herrn Dr. Meyer S. 538.

[2]) Meiner Erinnerung nach hat sich Dr. B. ebenso auf die Frage, die ich an ihn als Zeugen richtete, schon in der ersten Verhandlung und dann auch wieder in der zweiten in der Tat so geäußert.

sauberkeit keine Leute im Hause haben, das Wischtuch hatte ständig auf der Tischkante seinen Platz usw.

Die erste Frau des p. S. starb, wenn ich mich recht erinnere, 1892. Vorher war der Unfall in der Mergelkuhle, mit bedeutenden Kopfverletzungen, häufig hat der Verletzte über Schwindel, Kopfschmerz, gedrückte Stimmung nach dem Unfall geklagt. *Der angeborene Schwachsinn ist nach dem Unfall schlimmer geworden.*"

Hinsichtlich der *Dementia senilis* der Mutter des S. erwähne ich Folgendes: Meine von den Vorgutachtern angegriffene Behauptung ist veranlaßt worden durch Unterbrechung von seiten des Schwurgerichts-Vorsitzenden, der absolut nicht gelten lassen wollte, daß S. erblich belastet sei, und den *Altersschwachsinn* der Mutter des S. nur als *Altersschwäche* (physiologischer Natur) aufgefaßt wissen wollte.

*Sommer* sagt in seiner „Diagnostik der Geisteskrankheiten“ [1]) S. 37: „Es ist also kein proportionales Verhältnis zwischen dem sichtbaren Grad seniler Hirnatrophie und seniler Demenz vorhanden“. Demnach müßten also für das Zustandekommen der Demenz auf arteriosklerotischer Grundlage noch andere Faktoren eine Rolle spielen, wobei erbliche Belastung in Betracht kommt. *Weygandt* erklärt in seiner „Psychiatrie“ [2]) S. 354 unter Dementia senilis: „Immerhin findet man in mindestens der Hälfte der Fälle erbliche Belastung“, und weiter S. 28: „Eine andere Gruppe .... sind die jugendlichen und senilen Verblödungsprozesse, Dementia praecox und D. senilis, die öfter in derselben Familie auftreten. Von mehreren Geschwistern verblöden manchmal die einen in der Jugend, die andern erst im Greisenalter, letztere haben vielfach schon vorher psychopathische Züge [3]), wie halsstarrigen Charakter, Absonderlichkeiten usw., zur Schau getragen. Eine gewisse Verwandtschaft in hereditärer Hinsicht zeigen die Involutionspsychosen und manche Formen der senilen Geistesstörung.“

Der *zweite Sohn* des Angeklagten hat auf mich allerdings den Eindruck eines *Schwachsinnigen* gemacht auf Grund des äußeren Habitus und seiner Antworten auf meine Fragen [4]). So groß ist auch der Unterschied zwischen Dorf- und Stadtschule heutzutage (der Sohn war damals 16 Jahre alt) nicht mehr, wenigstens nicht im Braunschweigischen. Wenn der Sohn lange in der Dorfschule saß und dann in der Stadtschule aus der vierten Klasse konfirmiert werden mußte, wird er zum mindesten schon in der Dorfschule nicht weit gekommen sein.

[1]) Wien und Leipzig, 1894.

[2]) München 1902.

[3]) S. oben Brief Dr. B.s: „Dieselbe (Mutter S.) war aber in ihrem ganzen Leben nicht ganz richtig usw.“

[4]) Einzelheiten sind mir natürlich nicht mehr gegenwärtig.

Was das unmoralische Verhalten der Tochter anlangt, so sind mir die sittlichen Verhältnisse auf dem Lande wohl bekannt. Die Meinung der Vorgutachter kann nur die Mädchen der dienenden Landbevölkerung betreffen. Mit der Moral einer „Hofbesitzerstochter“ ist es jedoch auch nach ländlichen Begriffen durchaus nicht vereinbar, daß sie offen gegen das wiederholte und tatkräftige Verbot des Vaters häufig die Nächte bis zum frühen Morgen bei ihrem Liebhaber zubringt. Ein Hof von über 100 Morgen ermöglicht es, den zweiten Sohn studieren zu lassen, sowie die Töchter in Schweizer Pensionen zu schicken und entsprechend in der Stadt zu verheiraten. „Aus einem großen Teile unserer Landleute hat sich eine Bevölkerung entwickelt, die nach Anschauung und Lebensart, nach Bildung und Auftreten dem Städter gleicht und nun den Stand der Ökonomen und kleinen Gutsbesitzer bildet.“[1]) Es gehört sicher — nebenbei gesagt — eine nicht unbeträchtliche Unfähigkeit dazu, solchen Hof zu verwirtschaften.

Ich denke, wenn man alles zusammennimmt, den Angeklagten mit seiner Mutter und seinen Kindern[2]), so wird der Schluß nicht allzu kühn erscheinen, daß es sich hier um eine degenerierte Familie handelt.

Im übrigen verweise ich bei der Einschätzung der erblichen Belastung meinerseits auf die Fußnote in meinem „Beitrag“ usw. S. 441. Außerdem habe ich im Gutachten bei der Zusammenfassung der Momente S. 447 die erbliche Belastung gar nicht erwähnt.

Die Zweifel an der geistigen Gesundheit des S. sind m. W. gerade während seiner Untersuchungshaft bei den Gefängnisbeamten entstanden, und auf ihre Beobachtungen hin ist die Untersuchung des S. erst angeregt worden. Mir gegenüber haben jene sich dahin geäußert, daß S. geistig „entschieden nicht ganz richtig“ sei, daß er „normal nicht“ sein könne. Zu meinem größten Erstaunen waren sie aber nicht als Zeugen zu der Verhandlung geladen. Auf meine entsprechende Frage an den Vorsitzenden antwortete der Verteidiger des S., daß jene es nicht gern hätten, als Zeugen vor Gericht zu erscheinen (!). Der Gerichtsarzt hat übrigens, wie in der Verhandlung laut wurde, seit seinem schriftlichen Gutachten vom 5. September 1905, wenigstens zwischen erster[3]) und zweiter Verhandlung, den S. nicht wieder untersucht.

[1]) Zu den Verhältnissen und Anschauungen auf dem Lande vgl. Richard Andree, Braunschweiger Volkskunde, Braunschweig, F. Vieweg & Sohn, 1896, im Vorwort, S. 156 u. 213.

[2]) Bei sorgfältigem Nachforschen hinsichtlich erblicher Belastung ließe sich vielleicht noch viel mehr entdecken. Vgl. Sommer: Psychiatrische Untersuchung eines Falles von Mord und Selbstmord mit Studien über Familiengeschichte und Erblichkeit. Klinik für psych. und nervöse Krankheiten., Bd. I, Heft 1.

[3]) 17. Oktober 1905.

In dem schriftlichen Bericht der Direktion der Gefangenenanstalten aus dem Jahre 1884 erscheint wesentlich die Bemerkung, daß S. ein geistig beschränkter Mensch sei.

Weshalb die Intoleranz des S. gegen Alkohol mir „glaubhaft“ erschien, ist S. 442 in meinem Gutachten ausgeführt. Soweit ich mich erinnere, hat die Tochter des S. auf meine Frage im Termin angegehen, ihr Vater tränke nicht, da er Alkohol nicht vertragen könne. Wie vorsichtig ich überhaupt diese Intoleranz verwertet habe, geht aus den Ausführungen auf S. 446 unten hervor. Außerdem habe ich S. 447 gesagt „höchstwahrscheinlich“ und darum auf S. 448: „sechs oder fünf Momente“.

In meinem Gutachten S. 435 soll „Verletzungen am Schädel“ (nicht des Schädels) heißen: an den das Gehirn umfassenden Teilen des Kopfes, also den Weichteilen, nicht etwa Schädelbruch (wenn auch der Zeitungsbericht über das Gutachten Dr. Bs. die Symptome des Bruchs der Schädelbasis schildert). Für die Folgen des Unfalls ist es bekanntlich belanglos, ob der Unfall mit äußeren Verletzungen einherging oder nicht, sogar mit oder ohne Bewußtlosigkeit, was u. a. besonders unterrichtend das Kapitel der sogenannten traumatischen Spätapoplexie beweist. Die Vulnerabilität des Gehirns gegen einen mehr oder weniger erheblichen Stoß ist das Wesentliche.

Wenn S. behauptete, von seiner Aussage vor Gericht nichts mehr zu wissen, so scheint mir das für einen Schwachsinnigen, der sich in großer Erregung befand, wo es sich um das Handgemenge seines ältesten Sohnes, den er anscheinend sehr liebt, mit seinem verhaßten Gegner, dem Freiwerber seiner unmoralischen Tochter, handelte, nur sehr natürlich. Bleiben doch schon geistig Gesunde einfachen Standes vor Gericht in sie nicht weiter berührenden Angelegenheiten öfter nicht ganz ruhig, so daß sie nachher kaum wissen, was sie eigentlich ausgesagt haben. Jene Behauptung steht nicht in einem Gegensatz zu der Tatsache, daß das Ereignis der Schlägerei ihm klar vor Augen steht.

Von den Angaben des Angeklagten bei der Prüfung der Sensibilität, des Lagebewußtseins, der Lokalisation habe ich im Gutachten nur die Abstumpfung der Hautempfindlichkeit verwandt, und zwar nur zusammen mit anderen nervösen Erscheinungen (441).

Auch von der Wortpaar- und Bildermethode halten die Epikritiker in diesem Falle nichts. Den Beweis, daß sie hier nicht stichhaltig sei, bleiben sie jedoch schuldig. Die Prüfung mit der Wortpaarmethode habe ich am Tage vor der ersten Verhandlung, also am 16. Oktober, vorgenommen, die mit der Vorlegung von Bildern, nachdem S. aus Königslutter zurück war, also erst Ende Januar des folgenden Jahres; es lagen Monate dazwischen, und

trotzdem fand sich ein merkwürdiges Übereinstimmen in den Mängeln der Auffassung, der Erinnerungsfälschung und der assoziativen Ausmalung. Wenn S. das alles auch simuliert haben soll, müßte er doch sicher ein geistig sehr hervorragender Mensch sein mit vorzüglichem Gedächtnis, der mit listiger Berechnung zu Werke geht, nachdem er den Zweck der Prüfung klar durchschaut hat. Simulation hätte eher nahe gelegen, wenn er in der Echosprache, in der Assonanz gesprochen hätte oder, wenn er dummes, unzusammenhängendes Zeug geredet hätte [1]). Seine Angaben aber waren durchaus sinnentsprechend, und man konnte ihm die Mühe anmerken, die er sich gab, den Fragen des Untersuchers gerecht zu werden.

Ich glaube in der Tat, daß, wer sich so verhält, kein Simulant sein kann, wenigstens nicht ohne entsprechendes Vorstudium; ich habe das Gegenteil nie beobachtet und finde es auch nicht in der Literatur; hingegen ersehe ich bei Cramer, Gerichtl. Psychiatrie, 1. Aufl., S. 174, daß dieser Autor in einem Beispiele von Schwachsinn Simulation ausschließt, da der Untersuchte „bei Fragen, die mehr formelle Dinge betreffen, stets versucht, nach besten Kräften richtig zu antworten".

Wenn S. den Vorgutachtern gegenüber manches simuliert hat — ich bestreite das keineswegs, gerade da er ja ein Schwachsinniger ist, der übertreibt und simuliert in der Angst um den Ausfall der Untersuchung, deren Bedeutung für seine Zukunft er wenigstens annähernd kennt —, so hat er die Antworten bei der Wortpaar- und Bilderprüfung sicher nicht simuliert, dazu waren sie zu korrekt und seinem Innenleben entsprechend. Die Vorgutachter scheinen ebenso wie der Gerichtsvorsitzende auf dem falschen Standpunkte zu stehen, daß, weil S. Einiges simuliert hat, nun alle seine Antworten als unglaubwürdig anzusehen seien.

Ich weiß nicht, wie die Epikritiker zu der Anschauung gekommen sind, ich hätte den bei der Schlägerei verwandten Stein als Beweis für die Fehlerinnerung angeführt, und ich hätte angenommen, der Stein hätte nur in der Phantasie des Angeklagten existiert. Die Sache verhielt sich doch so: Die Anklage behauptet, S. habe von dem Vorgang der Schlägerei nichts gesehen, dann hatte er also nur die Verwundungen des Sohnes und den P. nach der Schlägerei gesehen. S. behauptete aber, die Schlägerei gesehen zu haben, und beschrieb diese. Danach war also entweder nach Ansicht der Anklagebehörde diese Behauptung eine bewußte Lüge, oder nach meiner Auffassung das ganze vermeintliche Erlebnis des S. eine Fehlerinnerung, die das wirkliche Nichtwissen der Schlägerei verdeckte

[1]) S. z. B. Penta, Simulation von Geisteskrankheit, deutsch von Gauter. Würzburg, 1906, S. 42.

und ausgegangen war von dem Anblik der Wunden des Sohnes und dem Bewußtsein, daß P. bei seinen Raufereien stets einen harten Gegenstand (Stein) zum Schlagen zu benutzen pflegte. Ich bin in der Tat davon ausgegangen, daß der Stein bei der Schlägerei wirklich verwandt worden ist. Wenn die Anklage recht hatte, konnte S. auch den Stein nicht gesehen haben. Wie konnte er aber behaupten, daß P. den Sohn mit einem Stein bearbeitet habe? Einmal, weil er von P. wußte, daß er immer einen Stein zum Schlagen benutzte, und dann, weil er auf Grund dieses Gedankengangs aus der Verwundung des Sohnes vermöge seiner Neigung zur assoziativen Ausmalung des Wahrgenommenen, wie sie eben die Untersuchungen mit der Bildermethode ergeben haben, auf eine Verwendung des Steins durch P. bei der Prügelei schloß. Nicht also der Stein existierte bloß in der Phantasie des S., sondern dessen Verwendung, also die ganze Prügelei, für den Fall, daß er von der Schlägerei wirklich nichts gesehen hatte.

Was schließlich die Beurteilung der Schwachsinnigen durch Laien anbetrifft, noch dazu, wenn diese nicht in dauerndem und intimerem Verkehr mit ihnen gelebt haben, wie z. B. befreundete und nachbarliche Altersgenossen (Gemeindevorsteher) u. a., so wissen wir ja, daß sie jene nur gar zu leicht verkennen und sie öfter für „äußerst gerissene Menschen" halten, daß ferner nicht zuletzt die Juristen gern in diesen Fehler höchst einseitiger Beurteilung auf psychiatrischem Gebiet verfallen.

Holte doch auch in diesem Prozesse der Staatsanwalt das alte juristische Steckenpferd hervor, den „gesunden Menschenverstand". Heißt es doch in einem Zeitungsbericht über die zweite Verhandlung gegen S.:

„Die wissenschaftliche Befähigung des Herrn Dr. Hampe in allen Ehren, bitte er (Staatsanwalt) die Geschworenen, den Angeklagten ihrerseits auf Grund des gesunden Menschenverstandes zu beurteilen, und dann würden sie die in erster Linie gestellte Schuldfrage bejahen müssen, was er damit beantrage".

Es ist gewiß kein erhebendes Gefühl, als Sachverständiger sein Gutachten abgeben zu müssen und doch schon zu wissen, daß die Richter die „wissenschaftliche Befähigung" gar nicht brauchen, sondern auf Grund ihres „gesunden Menschenverstandes" viel besser über geistige Gesundheit urteilen können.

Ich glaube, wichtiger als alle „Ergänzung" nachher, die ja doch keinen großen Wert mehr haben kann, da nachher doch ein jeder bei seiner Meinung verharren muß, wäre von vornherein die Frage gewesen: Was lehrt der Fall S.?

Nun, er lehrt Manches, dem nicht abzuhelfen ist, wenigstens einstweilen nicht; aber er lehrt meines Erachtens wenigstens eins, das an-

zustreben ist, nämlich, daß die Sachverständigen über eine Frage sich vorher „ergänzen", d. h. verständigen sollten, um vielleicht dann durch die geschlossene Phalanx den Richtern etwas mehr Achtung vor der „wissenschaftlichen Befähigung" einzuflößen. Dem Ansehen der Wissenschaft kann es nur schaden, wenn die Sachverständigen in öffentlicher Verhandlung gezwungen werden, sich gegenseitig zu bekämpfen.

Erfreulicher als diese Schwurgerichtsverhandlung war der weitherzigere Standpunkt eines Kriegsgerichts aus der letzten Zeit. Es stellte aus sich selbst heraus ohne vorhergegangenen entsprechenden Antrag vor der Verhandlung die Akten allen Sachverständigen zur Verfügung. Da aus den Akten kein näherer Aufschluß über das Vorleben des Angeklagten zu ersehen war, anderseits bei diesem höchstwahrscheinlich moralischer Schwachsinn mit Unzurechnungsfähigkeit vorlag, stellte ich vor der Verhandlung brieflich den Antrag, beide Eltern, etwaige Lehrer, den Geistlichen, der jenen konfirmiert hatte, seinen Lehrherrn usw. als Zeugen zur Verhandlung zur Klärung jener Sachlage zu laden, auch über die zivilgerichtlichen Vorstrafen Erkundigungen einzuziehen. Dem Antrag wurde sofort Folge geleistet. Zugleich hatte ein anderer Kollege (Nicht-Psychiater) den Antrag auf Anstaltsbeobachtung des Angeklagten, ebenfalls brieflich, gestellt. Auch dem wurde sofort entsprochen. Als das Anstaltsgutachten vorlag, erhielt ich eine Zuschrift vom Kriegsgericht, worin diese Tatsachen mitgeteilt wurden unter gleichzeitiger Wiederzurverfügungstellung der Akten mit der Empfehlung, sich mit den übrigen (namhaft gemachten) Sachverständigen in Verbindung zu setzen und womöglich zu „einigen".

In dem Anstaltsgutachten fand ich meine Ansicht hinsichtlich der Diagnose bestätigt und las des weitern in den Akten, daß der Angeklagte gegen weitere Inhaftnahme Beschwerde eingelegt hatte und dieser Beschwerde Folge gegeben war mit dem Hinweise, daß nach den ärztlichen Gutachten der Angeklagte freigesprochen werden würde und daher kein Grund zu seiner weitern Inhaftbehaltung vorliege.

Dieses Verfahren steht, ganz abgesehen von dem psychiatrischen Endresultat, auf einem wesentlich moderneren Standpunkt, den hoffentlich in Zukunft Ärzte und Juristen im forensisch-psychiatrischen Gebiet immer mehr annehmen werden.

* * *

## Bemerkung des Herausgebers

Es ist leider redaktionell unmöglich, die Diskussion über den Fall S. hier weiterzuführen. Wer die einander entgegenstehenden Meinungen

unbefangen liest, wird erkennen, daß trotz der differenten Ansichten die Gutachten viel *Gemeinsames* enthalten, während die strafrechtliche Bewertung besonders des Zustandes zur Zeit der Handlung eine verschiedene ist.

Es scheint als eine wesentliche Aufgabe der klinischen Psychiatrie, einfache Methoden zu schaffen und anzuwenden, welche einerseits das Urteil über die *Simulationsfragen* aus dem zweifelhaften Gebiet des Subjektiven befreien und Sicherheit darüber geben, ob Simulation vorliegt, und ob diese im einzelnen Fall ein Symptom von Schwachsinn ist, andererseits die Erscheinungen der Gedächtnisstörung, Erinnerungsfälschung, der bewußten und unbewußten Fehlaussage besser erkennen und unterscheiden lehren.

IV.

# Ein Schema zur Untersuchung von Idioten und Imbezillen für Idioten- und Epileptikeranstalten, Hilfsschulen, Zwangserziehungsanstalten und verwandte Einrichtungen.

Von Professor Dr. Sommer in Gießen.

---

Bei dem „Kurs der medizinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Erziehung von angeboren Schwachsinnigen“, der in Gießen vom 2. bis 7. April 1906 abgehalten wurde, hat sich aus der vielfachen Berührung von Ärzten, Hilfsschullehrern sowie Direktoren von Idioten- und Zwangserziehungsanstalten neben anderen gemeinsamen Interessen auch das Bedürfnis ergeben, zur Untersuchung von angeboren Schwachsinnigen und Imbezillen für Idioten- und Epileptikeranstalten, Hilfsschulen, Zwangserziehungsanstalten und verwandte Einrichtungen ein gemeinsames Schema zu schaffen. Zwar sind schon an vielen Orten Fragebögen dieser Art im Gebrauch, sie sind jedoch trotz der vielfachen gemeinsamen Interessen und Gesichtspunkte im einzelnen so verschieden, daß der Gedanke einer prinzipiellen Einigung über die in der Natur der Sache liegenden allgemeinen Erfordernisse sehr nahe liegt.

Zur weiteren Behandlung der Sache wurde bei dem Kurs eine Kommission eingesetzt, die außer dem Verfasser dieses Berichtes aus folgenden Herren besteht: Rektor Henze-Hannover, Direktor Keller, Alicestift Darmstadt, Professor Dr. Klumker, Zentrale für private Fürsorge, Frankfurt a. M., Stadtarzt Dr. König, Frankfurt a. M., Dr. Lay, Karlsruhe, Dr. Meltzer, Landeserziehungsanstalt Chemnitz, Professor Dr. Weygandt in Würzburg. Durch Überlastung mit Arbeit und andere Umstände bin ich lange Zeit verhindert worden, die begonnene Arbeit weiterzuführen, so daß ich erst jetzt dazu kommen konnte, den Entwurf fertig zu stellen. Diesen lege ich nunmehr hiermit den Mitgliedern der Kommission zur Äußerung vor. Ich bin dabei von dem Schema zur psychiatrischen Gesamtuntersuchung ausgegangen, das in der Diagnostik der Geisteskrankheiten, II. Auflage S. 128, veröffentlicht wurde und

habe sodann eine Reihe von anderen Fragebögen verglichen. Es sind somit bei dem Entwurf eine Anzahl von Schematen berücksichtigt worden, die

1. die psychiatrische Diagnostik im Allgemeinen,
2. die Idiotenanstalten,
3. Hilfsschulen,
4. Zwangserziehungsanstalten betreffen.

Die Vergleichung der unter eins bis vier genannten Fragebögen zeigte, daß der oben erwähnte am meisten umfaßte, während in den anderen Schematen bestimmte Punkte der Gesamtuntersuchung entsprechend dem besonderen Zweck (Aufnahme in Idiotenanstalten, Zwangsanstalten, Hilfsschulen) nur stärker betont waren, unter geringerer Berücksichtigung oder Ausschaltung anderer, die in allgemein psychiatrischer und medizinisch-psychologischer Hinsicht doch von Bedeutung sind.

Wollte man also letztere Beziehung im Auge behalten und dabei doch auf die einzelnen Sonderbedingungen (der Idioten und Zwangserziehungsanstalten, Hilfsschulen usw.) Rücksicht nehmen, so mußte man diese möglichst klar herausstellen und in dem modifizierten psychiatrischen Schema zum Ausdruck bringen.

Betrachten wir die dabei in Betracht kommenden Punkte: 1. Für die Aufnahme in Idioten- und Epileptikeranstalten sind besonders die Fragen von Wichtigkeit, welche die *angeborenen* oder früh *erworbenen* Zustände betreffen. Diese beziehen sich einerseits auf *morphologische* Momente besonders des *Schädels* (hydrokephalische Kopfform, Mikrokephalie, Asymmetrien, Verknöcherungen der Nähte und Fontanellen, Verhältnis von Kopf- und Gesichtsskelett u. a.) und des gesammten Skelettes (Zwergwuchs, Rachitis usw.), andererseits auf die *motorischen* Verhältnisse (Lähmung von einzelnen Gliedern z. B. bei zerebraler Kinderlähmung, allgemeine Krämpfe, ferner die ganze Bewegungsart), schließlich auf bestimmte *psychische Funktionen*, soweit diese in sehr frühem Alter zum Vorschein kommen. Im Gegensatz zu den methodischen Prüfungen, die an Erwachsenen oft möglich sind, ist man hier meist auf Angaben über frühzeitig auffallende Erscheinungen (z. B. sinnlose Bewegungen, unartikuliertes Schreien, Mangel an bestimmten primitiven Reflexhandlungen z. B. Störungen des Saugens, Speichelfluß u. a.) angewiesen. Ferner kommt das Ausbleiben oder verlangsamte Eintreten der sprachlichen Leistungen sehr in Betracht. Ätiologisch bedarf zunächst die Art der Geburt (Zeitdauer, Schädellage, Kunsthilfe) einer genaueren Prüfung, als es im allgemeinen bei später geisteskrank Gewordenen üblich und nötig ist. Das gleiche gilt für die Zeit der *Schwangerschaft*, wobei Sorgen, Schreck, mechanische Verletzungen, körperliche, be-

sonders fieberhafte Krankheiten, toxische Einwirkungen, z. B. durch Alkohol oder Medikamente u. a., in Betracht kommen. Ebenso sind der Zustand der Eltern bei der Zeugung und deren allgemeine Gesundheitsverhältnisse zu beachten, wobei besonders Alkoholismus, Tuberkulose, Syphilis u. a. in Frage kommt.

Für beide Eltern sind ganz im Sinne der allgemeinen psychiatrischen Auffassung die hereditären Verhältnisse in bezug auf Nerven- und Geisteskrankheiten sowie auf hereditär auftretende körperliche Krankheiten, besonders Tuberkulose, zu untersuchen. Sodann sind die besonderen Symptome des Schwachsinns zu beschreiben. Aus all diesen Momenten ist womöglich ein bestimmter Schluß auf die besondere Art der Krankheit, die zur Idiotie geführt hat, zu ziehen.

Der Fragebogen soll also zunächst der klinischen Kennzeichnung und Differenzierung der Krankheitsbilder dienen.

Der mehr oder minder hohe Grad der Störung wird durch die Worte Idiotie und Imbezillität bezeichnet, die also lediglich im allgemein psychopathologischen Sinne verwendet werden und innerhalb der einzelnen klinischen Gruppen die funktionelle Stufe des angeborenen Schwachsinnes ausdrücken.

Außer diesen Momenten kommt nun die Art und der Grad der Bildungsfähigkeit in Betracht.

Hierbei ist die Fähigkeit der Sprache vor allem in Betracht zu ziehen. Es muß zunächst geprüft werden, ob sämtliche einzelne Laute nachgebildet werden können, ob gleichbleibende isolierte Defekte dabei hervortreten, was man mit dem Namen Stammeln im engeren Sinne bezeichnet, ferner ob Silben, Worte, Sätze vorgebracht werden können, wobei auf die krampfhaften Erscheinungen des Stotterns zu achten ist. Mit der Prüfung der Sprache ist die Untersuchung des Vorstellens und Denkens unmittelbar verknüpft. Hierbei kommt zunächst die Benennung von Gegenständen in Betracht. Man kann dabei entweder auf bestimmte Dinge hinzeigen und nach dem Namen fragen oder Bilder vorweisen. Zum Zweck systematischer Prüfung ist das letztere besser. Zu methodischen Untersuchungen tut man gut, einen besonderen Apparat zur Exposition von optischen Reizen zu verwenden, wie er z. B. in der Gießener Klinik benutzt wird [1]). Solange noch kein psychiatrisches Bilderbuch für solche Zwecke zu haben ist, schneidet man sich am besten aus Kinderbüchern einzelne Bilder aus und klebt sie auf Blätter von gleicher Größe auf. Man exponiert diese einfachen optischen Reize dann durch Umdrehen der Blätter und

[1]) Vgl. G. Hempel, Spiegelapparate zur Exposition optischer Reize, Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1907, Nr. 243. Bezugsquelle Zimmermann-Leipzig. Preis ca. 30 M.

notiert die sprachliche Reaktion. Sehr zweckmäßig wird schon hiermit eine einfache Zeitmessung mittels der feststellbaren $^1/_5$ Sekundenuhr verbunden. Es ist hier nicht unsere Aufgabe. die ganze Methodik der Untersuchung von Schwachsinnigen zu entwickeln, sondern es soll nur klargestellt werden, welche besonderen Rücksichten auf die Interessen der Idiotenanstalten, Hilfsschulen und Zwangserziehungsanstalten bei der Zusammenstellung eines gemeinsamen Fragebogens zu nehmen sind.

Schon für die Idiotenanstalten empfiehlt es sich, neben den neurologisch-psychiatrischen und medizinisch-psychologischen Gesichtspunkten die pädagogischen im weitesten Sinne zu beachten. Dabei sollen die medizinisch-psychologischen Feststellungen die Grundlage und Richtung für die erzieherischen Versuche bieten.

Vor allem darf die Pädagogik nicht einseitig auf das hinauslaufen, was man als Schulbildung im engeren Sinn bezeichnen kann, sondern muß im allgemeinen das Ziel verfolgen, aus der Erkenntnis der Grundfähigkeiten eine möglichst zweckmäßige Betätigung der angeboren Schwachsinnigen bei dem Zusammenleben in der Anstalt oder, soweit als möglich, auch außerhalb der Anstalt im sozialen Leben durch pädagogische Maßnahmen herbeizuführen. Gerade bei der Idiotenerziehung ist die Betonung dieses über eine reine Schulbildung hinausgehenden Zweckes sehr nötig, weil neben der Normalschule und auch der Hilfsschule noch der bildende und in vieler Beziehung entwickelnde Einfluß der Familie zur Wirkung kommt, während bei den in den Idiotenanstalten untergebrachten Kindern Arzt und Lehrer die Familie auch im weiteren erziehlichen Sinne vertreten müssen. Es dürfen daher die in dem Untersuchungsbogen auf die erziehliche Seite bezüglichen Fragen nicht nur die für die Schulbildung wichtigen Fähigkeiten betreffen, sondern müssen im weiteren Sinne gehalten sein.

Gehen wir nun zweitens auf die Bedürfnisse der Hilfsschulen ein, so steht bei diesen scheinbar das erziehliche Moment ganz im Vordergrunde. Bei genauerer Untersuchung zeigt sich jedoch, daß gerade auch in diesem Gebiet das psychopathologische Moment in ärztlicher Beziehung sehr zu berücksichtigen ist. Die in den Hilfsschulen unterrichteten Kinder zeigen bei genauerer Untersuchung im allgemeinen die gleichen Krankheitsarten, wie wir sie auch in den Idiotenanstalten finden, nur in der Regel in einem geringeren Grade. Imbezillität und Idiotie sind eben nicht Krankheitsgruppen, sondern graduelle Abstufungen, die sich innerhalb jeder Krankheitseinheit finden. Daher hat es die Hilfsschule sehr häufig mit Krankheitssymptomen leichterer Art als in den Idiotenanstalten zu tun, die jedoch für die Erziehung oft außerordentlich störend sind. Diese kann daher durch medizinische Mittel sehr zweck-

mäßig unterstützt werden, wie dies z. B. bei den mit hysterischen und epileptoïden Symptomen behafteten Kindern sehr am Platze ist. Der Arzt kann hierbei nicht selten durch richtige Stellnng der Diagnose nnd entsprechende Behandlung dem Lehrer für seine Zwecke viel helfen. Es dürfen daher bei den in den Hilfsschulen nnterrichteten Kindern nnd dem hierauf bezüglichen Fragebogen die medizinischen Feststellnngen nicht vernachlässigt werden nnd müssen sich im Grunde an die für Idiotenanstalten zweckmäßigen Untersuchnngsschemata anlehnen, wenn anch bestimmte Pnnkte viel stärker zn betonen sind. Diese beziehen sich besonders anf den Grad der Bildnngsfähigkeit für die Schule und das Znsammenleben mit anderen imbezillen Kindern in dieser. Mehrfach habe ich es erlebt, daß Kinder, die an sich die Fähigkeit haben, etwas Schulbildung zu erhalten, wegen ihrer moralischen Defekte und sonstigen krankhaften Anlagen sich für die Hilfsschnle nicht eignen nnd auch den geduldigsten nnd geschicktesten Lehrer in Verlegenheit bringen, wenn auf dem Verbleiben in der Hilfsschnle bestanden wird. Hier kann der Psychiater den bedrängten Hilfsschullehrer durch die Feststellnng des stark pathologischen Gesamtzustandes bei einem Kinde ans einer manchmal unangenehmen Lage befreien. Jedenfalls sind in einem Fragebogen für die Hilfsschnlen die auf das Znsammenleben der Kinder in der Hilfsschule bezüglichen Pnnkte sehr hervorznheben, wenn man nicht trotz der in einzelnen Pnnkten vorhandenen Bildungsfähigkeit große Schwierigkeit bekommen will.

Fragen wir nns nun nach den Bedürfnissen der Zwangserziehungsanstalten. Daß bei den hier untergebrachten Kindern und Halberwachsenen die hereditären Momente sehr zn beachten sind, ist allgemein anerkannt. Das jugendliche Verbrechertnm beruht, abgesehen von den Einflüssen der Umgebung, die zn einer Erziehung im negativen und gesellschaftsfeindlichen Sinne führen können, im allgemeinen auf perversen moralischen Anlagen, die genetisch sicher mit der großen Gruppe der pathologischen Degenerationszustände zusammenhängen, wenn anch die betreffenden Individnen für eine psychiatrische Behandlnng nicht geeignet sind, sondern in strenger Zucht gehalten werden müssen.

Dabei tritt sehr häufig der große Unterschied zwischen der relativ gnten Beschaffenheit der intellektuellen Fähigkeiten und dem völligen Defekt von ethischen Gefühlen nnd Antrieben hervor. In dieser Hinsicht ist also besonders das Gefühlsleben, die Willensrichtnng, die ganze moralische Beschaffenheit der Kinder hervorznheben, während manche der früher genannten Pnnkte weniger wichtig sind. Trotzdem sind auch in diesem Gebiet eigentlich pathologische Züge besonders hysterischer und epileptischer Art viel häufiger, als es bei einer einseitig moralisierenden Betrachtnng erscheinen kann, nnd gerade die Er-

fahreusten unter den Erziehern nnd den Leitern von solchen Anstalten sind durch eigene Erfahrung, vielleicht anch durch Berührung mit psychiatrischer Denkweise auf diese eigentlich psychopathischen Momente aufmerksam geworden. Gerade sie werdeu daher die Beachtnug der psychopathologischen Züge bei der Gestaltung eines Fragebogens für ihre Zwecke durchaus für richtig halten.

Somit zeigt sich immer mehr, daß die Interessen der drei großen Teile des ärztlichen und pädagogischeu Wirkens in diesem Gebiet, der Idioten- und Epileptikeraustalten, der Hilfsschuleu uud der Zwangserziehnngsanstalten, sich in bezug auf die Schaffung eines einheitlichen Fragebogens in vieleu Pnnkten decken, wenn auch jede Gruppe ihre besoudcren Erfordernisse aufweist.

Sicher würde die Schaffung eines eiuheitlichen Schemas für diese im Grunde zusammenhängenden sozialeu Einrichtungeu gegenüber der jetzigen völligen Zersplitternng außerordentlich viel Zweckmäßiges haben und den Beobachtungen über eine sehr große Zahl von abnorm veranlagten Individnen erst die Vergleichbarkeit geben, die als Voraussetznng einer umfassenden Erkenutnis und gemeinsamen Handelns erscheint.

Aus diesen Überlegungen ist der folgende Entwurf entstandeu, der deu genannten Mitgliedern der Kommission, die bei dem Knrs eingesetzt wurde, zur Beurteilnng zugesandt worden ist.

## Schema

zur Untersuchung von Idioten und Imbezillen für Idioten- und Epileptikeranstalten, Hilfsschulen, Zwangserziehungsanstalten und verwandte Einrichtungen.

| | | |
|---|---|---|
| Name | Geburtstag | Diagnose |
| Konfession | Heimat | |
| Name und Stand der Eltern | | |
| Anfzunehmen in die | | |
| a) Idiotenanstalt | | |
| b) Hilfsschule | in | |
| c) Zwangserziehungsanstalt | | |

### A. Körperlicher Zustand.

I. Körperbau.

a) Allgemeine Charakteristik. (Zu beachten sind vor allem Körperlänge, Gewicht, ferner Entwicklungshemmungen, Asymmetrieen, Verhältnis der Extremitäten znm Rumpf.)

b) Besondere Charakteristik des Schädelbaues. (Asymmetrieen besonders an der Stirn, Zustand der Nähte, Folgen von Verletzungen.)

Im Falle genauerer Messung empfehlen sich folgende Maße:

1. Längsdurchmesser (L. D.), gemessen von der Mitte zwischen den knöchernen Augenbrauenbogen (Arcus superciliares) bis zum Vorsprung am Hinterhaupt (Protuberantia occipitalis externa).

2. Umfang (U.), in einer durch die gleichen Punkte gehenden Ebene.

3. Sagittalbogen (S. B.), gemessen von den gleichen Punkten.

4. Querdurchmesser (Q. D.), gemessen von den oberen Ansatzstellen der Ohrmuscheln, bzw. von den Schnittstellen des darüber errichteten Frontalbogens mit der Ebene des Umfanges.

5. Frontalbogen (F. B.), gemessen von den zuletzt genannten Punkten bei horizontaler Einstellung des Längsdurchmessers.

II. Hautbeschaffenheit: Farbe, Konsistenz, Ernährungszustand, Faltenbildung. Zu beachten sind besonders Ödeme, Myxödem, trophische Störungen.

III. Temperatur: Verteilung der Wärme am Körper. Fieberbewegungen.

IV. Innere Organe, besonders Verdauungssystem.

V. Besondere Untersuchung des Blutgefäßsystems: Herz, arterielles Gefäßsystem, Puls, Verteilung und Füllung der Gefäße an der Haut, speziell im Gesicht.

VI. Sekretionserscheinungen: Beschaffenheit des Urins, Speichelsekretion, Schweißsekretion.

VII. Muskelzustände:

a) Allgemeine Anlage des Muskelsystems.

b) Neurologisch wichtige Erscheinungen: Lähmungen, Muskelspannungen, -zuckungen usw. Befund an den Kopfnerven. Besonders Krämpfe; Art derselben: allgemeine oder in bestimmten Muskelgruppen lokalisierte Krämpfe. Empfindungen vor dem Anfall (Aura.) Bewußtseinsverlust. Erinnerungslosigkeit.

VIII. Haltungen des Körpers. Eigenartige Stellungen. Manieren.

IX. Ausdrucksbewegungen, besonders im physiognomischen Gebiet. Verziehung bestimmter Muskelgruppen (Grimassen).

X. Reflexe. Möglichste Einheit des Reizes, Prüfung der mechanischen Bedingungen, scheinbares und wirkliches Fehlen. Steigerung.

Kniephänomene, Fußklonus. Pupillenweite, Differenzen, Reaktion auf Licht (gemessen mit welchem Licht?). akkommodative Mitbewegung. Andere Reflexe (Biceps-, Triceps-, Facialisreflexe. Cremasterreflexe usf.).

XI. Sonstige nervöse Erscheinungen, speziell auch subjektiver Natur (Anästhesie, Parästhesie usf.).

## B. Entwicklung der Krankheit.

I. Name des Referenten. (Es ist zu beachten, in welcher Beziehung Referent zu dem Kranken steht, welchen Eindruck derselbe macht, ob bestimmte Denkfehler bei ihm wiederkehren, ob seine Darstellung nach einer Richtung zugeschnitten erscheint.)

II. Körperliche und geistige Beschaffenheit der Eltern. Krankheiten derselben. Infektionskrankheiten, besonders Lues, Tuberkulose; Epilepsie. Stoffwechselkrankheiten. Psychische Eigentümlichkeiten derselben. Kriminalität, Geisteskrankheiten, eventuell Anstaltsbehandlung.

III. Sonstige Heredität. Gesamtzahl der Geschwister. Störungen bei den direkten Ahnen des Kranken. Störungen in den Seitenlinien der Vorfahren. Art dieser Störungen.

IV. Zustand der Mutter bei der Gravidität. Geburtsverlauf.

V. Ernährung des Kindes (Muttermilch, künstliche Ernährung usw.).

VI. Krankheiten des Kindes, besonders Krämpfe, Lähmungen, Veränderungen des Schädels (Wasserkopf u. a.).

## C. Psychischer Zustand.

I. Sprache. Sprachliche Entwicklung. Zeit des Beginnes derselben, rasche oder verlangsamte Entwicklung, Verlust von schon erworbenen Lauten und Worten. Unartikulierte Laute, artikulierte Äußerungen, Nachsprechen von Buchstaben (Vokalen und Konsonanten), Silben, Worten; Fehlen einzelner Laute (Stammeln). Stocken und Hängenbleiben bei verschiedenen Lauten (Stottern). Nach Prüfung des motorischen Gebietes (Stottern, Stammeln, Paresen, Zuckungen, Mitbewegungen usw.) Feststellung der Erscheinungen im sensorischen Gebiete (Wortgedächtnis, Umfang des Sprachschatzes).

II. Triebleben z. B. Heftigkeit, Ungebärdigkeit, Furchtsamkeit, auffallend frühe Entstehung sexueller Wollust (Reiben an den Geschlechtsteilen usw.).

III. Stimmungslage und -anomalieen. Qualität der Stimmung, innere oder äußere Ursachen derselben. Konstanz oder Wechsel der Stimmung, physiognomischer Ausdruck der Stimmung, sonstige körperliche Begleiterscheinungen, z. B. bei Angst, Einfluß auf den Vorstellungsablauf.

IV. Soziales Verhalten. Unreinlichkeit, Störung der Umgebung durch Schreien usf., aggressives Verhalten. Gefährlichkeit.

V. Moralischer Charakter. Mitleid mit Tieren oder brutales Verhalten gegen diese, Roheit u. a.

VI. Bewußtseinsvorgänge. Darstellung der Reaktionen in sprachlicher und physiognomischer Beziehung auf Anreden und sonstige äußere Reize.

VII. Gedächtnis: Fähigkeit der Reproduktion, Gedächtnislücken, Fähigkeit, neue Eindrücke zu merken.

VIII. Entwicklung des Verstandes (von Assoziationen Begriffen und Schlüssen u. a., Schlauheit). Fähigkeit zum Unterricht.

IX. Bildungsfähigkeit für die Schule bzw. Voraussetzungen zum Unterricht in der Hilfsschule. Intellektueller Zustand, Beeinflußbarkeit durch Zureden, Disziplin, Verhalten gegen die Mitschüler, störende Eigenschaften, moralisches Verhalten. Ev. schon erworbene Kenntnisse.

a) Schulkenntnisse:

1. Alphabet, 2. Zahlenreihe, 3. Monatsnamen, 4. Wochentage, 6. Vater unser, 6. Zehn Gebote u. a.

b) Zahlbegriffe und Rechenvermögen, ev. unter Anwendung folgender Fragen

| Aufgabe | Antwort | Zeit | Bemerkungen |
|---|---|---|---|
| $1 \times 3 = ?$ | | | |
| $2 \times 4$ | | | |
| $3 \times 5$ | | | |
| $4 \times 6$ | | | |
| $5 \times 7$ | | | |
| $6 \times 8$ | | | |
| $2 + 2 = ?$ | | | |
| $3 + 4$ | | | |
| $4 + 6$ | | | |
| $5 + 8$ | | | |
| $8 + 14$ | | | |
| $11 + 20$ | | | |

| Aufgabe | Antwort | Zeit | Bemerkungen |
|---|---|---|---|
| 3 — 1 = ? | | | |
| 8 — 3 | | | |
| 13 — 5 | | | |
| 18 — 7 | | | |
| 29 — 10 | | | |
| 40 — 13 | | | |
| 8 : 2 = ? | | | |
| 18 : 3 | | | |
| 32 : 4 | | | |
| 50 : 5 | | | |
| 18 : 6 | | | |

c) Untersuchung der Schrift: Schriftprobe (womöglich Name, Heimat, Geburtstag.) Auffallende Merkmale der Schrift, u. a. Beschaffenheit der einzelnen Buchstaben (z. B. Zittererscheinungen), Verbindung derselben zu Worten, z. B. Auslassungen von Buchstaben. Verbindung zu Sätzen, z. B. Fehlen des grammatikalischen Zusammenbanges, Umstellungen.

X. Sonstige Erziehbarkeit. Fähigkeiten zu Hausarbeit, Gartenarbeit, Handwerk.

XI. Beeinflußbarkeit. Einfluß von psychischen Momenten, besonders Beeinflussung durch Vorstellungen.

Suggestibilität im Gebiet der Muskelzustände.

XII. Assoziationen. Assoziative Verknüpfungen in den spontanen Äußerungen des Kranken. Prüfung der Reaktionen auf zugerufene Reizworte.

XIII. Urteilsvermögen. Mangelhafte Beurteilung der Umgebung, Mangel an Selbstkritik, Mangel an Urteil in einfachen Angelegenheiten, Zeichen von Schwachsinn.

## D. Besondere Wahrnehmungen.

## E. Wesentliche Symptome.

(Unter Hinweis auf obigen Befund mit bestimmter Äußerung, ob ausgeprägte Idiotie oder Imbezillität vorliegt.)

## F. Bisherige Behandlung und Unterbringung.

## G. Indikation zur Behandlung in:

a) Idiotenanstalt oder Epileptikeranstalt.
b) Hilfsschule.
c) Fürsorgeerziehungsanstalt.

Ort und Zeit: Untersuchender Arzt:

Über die noch ausstehenden Äußerungen der einzelnen Komiteemitglieder zu vorstehendem Entwurf wird später berichtet werden unter Mitteilung des endgültigen Schemas.

V.

# Bericht über den internationalen Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie zu Giessen 15.—20. April 1907.

Von Professor Dr. **Dannemann**-Gießen.

---

Die erste Einladung zu einem „internationalen Kurs für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie" ging von Professor Sommer aus, der die ihn zur Veranstaltung eines solchen bestimmenden Gesichtspunkte im Herbst 1906 in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift kurz darlegte, wie folgt:

„Bei dem Kurs der medizinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Erziehung der angeboren Schwachsinnigen, der in Gießen vom 2. bis 7. April 1906 unter Beteiligung von über 100 Ärzten und Lehrern aus Deutschland und den angrenzenden Ländern abgehalten wurde, war auch auf die strafrechtliche und soziale Seite des Themas Rücksicht genommen worden, so daß die Behandlung zum Teil in das juristische Gebiet übergehen mußte. Während dieses inhaltlich vertreten war, fehlten in der Versammlung von Ärzten, Lehrern und pädagogisch tätigen Geistlichen die Juristen vollständig. Der Grund lag vermutlich wesentlich in der hauptsächlich für Ärzte und Lehrer geeigneten Art der Ankündigung.

Schon damals tauchte in der Versammlung der Gedanke auf, in ähnlicher Weise das Thema der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie entweder mit Einschränkung auf die Schwachsinnsformen oder mit Erweiterung auf das Gesamtgebiet des forensisch Wesentlichen auf dem Boden der medizinischen Psychologie in einer für Juristen und Mediziner geeigneten Weise zu behandeln.

Bald darauf hatte ich bei dem internationalen Kongreß für Kriminal-Anthropologie in Turin Gelegenheit, in Gestalt des Referates über die neueren Methoden der Kriminalpsychologie einen Teil dieses allgemeinen Programms auszuführen. Nachdem in Turin beschlossen worden ist, den nächsten Kongreß dieser Art zum erstenmale in Deutschland 1910 abzuhalten und mich mit den Vorbereitungen zu betrauen, habe ich einen neuen Antrieb erhalten, einen Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie zu organisieren, der zugleich als methodische Vorbereitung auf den nächsten Kongreß für Kriminal-Anthropologie wirken könnte. Es muß sich bei diesem wesentlich darum handeln, die Einsicht in die Natur der Verbrecher ohne alle dogmatische Voreingenommenheit auf dem Boden der psychologischen und psychiatrischen Erfahrung nach Möglichkeit zu fördern.

Sehr bestärkt wurde ich in der Absicht durch das lebhafte und gedeihliche Zusammenwirken von Juristen und Ärzten in der im Großherzogtum Hessen entstandenen Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie, die schon in der $1^1/_2$jährigen Zeit ihres Bestehens eine nicht zu unterschätzende Arbeit geleistet hat. Dieselbe bedeutet einen weiteren Schritt auf dem in Deutschland wie in anderen Ländern allmählich begangenen Wege einer Annäherung von Juristen und Medizinern zur Lösung gemeinsamer sozialer Aufgaben."

Als Mitvortragende benannte der Veranstalter die Professoren Mittermaier (Strafrecht) und Aschaffenburg sowie den Referenten, der seit einer Reihe von Jahren mit Lehrauftrag für forensische Psychiatrie an der Gießener Universität versehen ist.

Schon sehr bald nach dem Erscheinen dieser ersten Einladung liefen zahlreiche Anfragen von Interessenten ein, die zur Teilnahme geneigt waren. Ihre Anzahl schwoll aber in einer von dem Veranstalter in diesem Umfange nicht geahnten, erfreulichen Weise an, nachdem die Themata der Kursvorträge genauer präzisiert und veröffentlicht waren. Dankend muß der Bereitwilligkeit gedacht werden, mit welcher die größte Mehrzahl deutscher und ausländischer Tageszeitungen von Bedeutung sowie die juristische und medizinische Fachpresse das genauere Programm zur Kenntnis der interessierten Herren brachte. Des weiteren ist mit lebhaftem Danke das Entgegenkommen zahlreicher Behörden deutscher Bundesstaaten und auch des Auslandes hervorzuheben, an welche das Ersuchen gerichtet worden war, den zur Teilnahme am Kurs geneigten Herren aus juristischen und gerichtsärztlichen Kreisen diese, wenn möglich, zu erleichtern. So erließ das bayrische Staatsministerium ein Rundschreiben, in welchem es verfügte, daß die Irrenanstaltsärzte und Landgerichtsärzte auf den Kurs aufmerksam zu machen seien. Justizbehörden anderer deutscher Bundesstaaten gaben ihrem Interesse durch Zuschriften Ausdruck, so das württembergische Justizministerium. Waren nicht alle in der Lage, ihren Beamten den Besuch des Kurses durch pekuniäre Vergünstigungen zu erleichtern, so nahmen doch einzelne (z. B. Mecklenburg-Schwerin, Bremen) Gelegenheit, in liberalster Weise dies zu tun, ein Beweis für die Schätzung des Unternehmens und seiner Ziele durch die betreffenden behördlichen Zentralen. Daß die Ministerien des hessischen Staates durch Abordnung einer größeren Anzahl von Kreis- und Irrenärzten sowie Beamten der Rechtsprechung und des Strafvollzuges die Veranstaltung unterstützten, sei nicht vergessen. Sie haben damit ein Weiteres getan, um den nunmehr seit drei Jahren in Hessen bestehenden Zusammenschluß aller an forensischen Dingen interessierten Kreise zu einem noch engeren zu machen, der eine ersprießliche gemeinschaftliche Arbeit auf diesem Gebiete auch für die Zukunft gewährleistet.

Von ausländischen Behörden erwies uns ein sehr freundliches

Entgegenkommen das serbische Justizministerium und vor allen das k. k. Justizministerium in Wien, welches die Kurseinladung in sein Verordnungsblatt aufnahm und seinen Beamten die Teilnahme sehr erleichterte.

Das Bestreben, auch bei den Mitgliedern der I. K. V. Interesse zu wecken, führte zur Versendung der Einladung an die Vorstände sämtlicher Landesgruppen dieser für die Verbesserung der Rechtspflege aller Staaten so bedeutsamen Vereinigung, ohne daß aber hier eine nennenswerte Reaktion erfolgt wäre. Als wir im März 1907 bereits ein Anschwellen der Meldungen auf die Zahl von über 100 konstatieren konnten, begannen auch die städtischen Behörden Gießens sich zu regen. Ihnen danken die Kursteilnehmer eine angenehme Nachmittagsausfahrt mit Besichtigung der im Bau begriffenen neuen Irrenanstalt bei Gießen und die Gelegenheit zur heiteren Aussprache bei einer sehr gelungenen gastlichen Vereinigung.

Da nicht nur theoretische Vorträge geplant waren, sondern auch die Demonstration zu ihrem Rechte kommen sollte, so wiesen die natürlichen Bedingungen auf die Räume der psychiatrischen Klinik als Versammlungsort für die Kursteilnehmer hin. Einen Augenblick erschien es gänzlich unmöglich, dieser Indikation zu entsprechen, da die Zahl der Anmeldungen mit über 160 diejenige der Plätze des Hörsaales bedeutend überstieg. So freudig dieser volle Erfolg der Einberufung auch zu begrüßen war, so entsprach es doch schließlich stillen Wünschen, wenn sie durch Absagen, größtenteils infolge noch in letzter Minute abschlägig beschiedener Urlaubsgesuche und dienstlicher Verhinderungen, eine Reduktion erfuhr, die es uns ermöglichte, am geeignetsten Orte zu tagen.

Die Zahl der Erschienenen betrug 130, und zwar war das Verhältnis der Nichtärzte zu den Ärzten wie 60:70. Nach den Berufen wurden gezählt 45 praktische Juristen, 7 Leiter von Strafanstalten, 8 im Erziehungswesen tätige Herren bezw. Vorsteher oder Lehrer von Erziehungsanstalten, großenteils aus geistlichem Stande, und 70 Ärzte (Irrenärzte, Gerichtsärzte, Kreisärzte). Nach den Nationalitäten schieden sich die Teilnehmer in: 2 Schweden, 1 Russe, 8 Holländer, 18 Österreicher und 101 Reichsdeutsche. Von letzteren stammten aus Preußen 24, Bayern 11, Sachsen 9, Würtemberg 8, Mecklenburg 5, Hamburg 3, Bremen 1, den thüringischen Staaten 1 und endlich aus Hessen die übrigen.

Seit der Abhaltung des Kurses sind inzwischen mehrere Monate vergangen, ohne daß dem Wunsche der großen Mehrzahl der Kursteilnehmer nach einer Drucklegung der Vorträge entsprochen werden konnte. Nahm doch das an den Kurs sich unmittelbar anschließende Sommersemester drei der Veranstalter durch ihre Lehrtätigkeit in Anspruch, und erwuchsen doch dem von Cöln gekommenen Professor Aschaffenburg sehr umfangreiche Aufgaben auf dem Gebiete praktischer forensischer Tätigkeit. Inzwischen haben sich aber die Anfragen und

Mahnungen betr. eines Kursberichtes stets gemehrt, immer häufiger erging an uns das Ersuchen, dem Versprechen die Tat folgen zu lassen, so daß wir uns schlüssig werden mußten, in welcher Form es geschehen solle.

Ein schriftlich mit über 100 Unterschriften uns übermittelter Wunsch ging dahin, einen Bericht in möglichst ausführlicher Fassung, nicht in der Form kurzer Referate zu empfangen. So leicht er ausgesprochen ist, so schwer ist er zu erfüllen, verlangt er doch die Herausgabe eines umfangreichen Druckwerkes von mehreren hundert Seiten, dessen Erscheinen in mancher Hinsicht zwar willkommen geheißen werden möchte, insofern es die wichtigsten Ergebnisse der forensischen Psychiatrie, eine große Anzahl bedeutsamer sozialer Probleme und aktueller Fragen der Strafrechtsreform in einer bis dahin wohl noch nicht vorhandenen Einheitlichkeit behandelte, das aber doch in mancher Hinsicht die Autoren zwingen würde, an anderer Stelle und in Spezialwerken von ihnen bereits Gebrachtes zu rekapitulieren. — So wurde am Ende einer kürzeren Fassung der Vorzug gegeben und gleichzeitig beschlossen, die Veröffentlichung an dieser Stelle erfolgen zu lassen in der Erwägung, daß es auch dem Leserkreise der „Klinik“ erwünscht sein möchte, in knapper Kürze auf eine Anzahl der wichtigsten Gesichtspunkte der forensischen Psychiatrie und der das Strafrecht der Gegenwart beeinflussenden Fragen aufmerksam gemacht und dadurch zum ergänzenden Studium in eingehender den Gegenstand behandelnden Fachwerken angeregt zu werden.

Von den im Kursprogramm vorgesehenen 16 Themata hatte Referent zu behandeln: 1. Den angeborenen Schwachsinn inbezug auf Kriminalität und Psychiatrie. 2. Die Formen der Kriminalität bei den verschiedenen Arten von Geistesstörung. 3. Die Simulation von Geistesstörung. 4. Psychologie und Psychopathologie im Polizeiwesen. — Das zweitgenannte Thema wurde in drei Vorträgen abgehandelt: a) Erworbene Geistesschwäche und Kriminalität. b) Transitorische Geistesstörungen und ihre forensischen Beziehungen. c) Die strafrechtlichen Verwicklungen der Paranoiker. — Außer dem Referat über diese Themata soll hier noch, speziell mit Rücksicht auf die Bedürfnisse der forensischen Praxis, eine kurze Darstellung der Epilepsie und Hysterie in ihren Beziehungen zum Strafrecht sich anschließen.

Unter Beziehung auf den in diesen sechs Stunden dargebotenen Unterrichtsstoff demonstrierte Referent an mehreren Nachmittagsstunden zahlreiche Geisteskranke und Kriminelle, welche die Klinik passierten, im Projektionsbilde und besprach ihre forensischen Verwicklungen sowie besonders die weitere Entwicklung nach Begutachtung derselben in der Freiheit oder in der Anstalt. Ist doch die Katamnese der Fälle, in denen es zur psychiatrischen Begutachtung kommt, von größtem Interesse,

weil sie sehr oft erst die letzte Antwort auf alle während einer Anstaltsbeobachtung aufgeworfenen Fragen zu geben vermag. Wenden wir uns nun den Thematen zu.

## I. Der angeborene Schwachsinn und seine Bedeutung für die Kriminalität.

Unter der Benennung der angeboren Schwachsinnigen umgreift die Psychopathologie eine Gruppe von Individuen, die infolge von Mängeln der Anlage oder in früher Kindheit auf das Gehirn ungünstig einwirkender krankhafter Vorgänge nicht imstande waren, das durch die Erziehung dargebotene Bildungsmaterial in dem Umfange zu erfassen und zu verarbeiten, wie es seitens gesund veranlagter Individuen nach unsrer Erfahrung zu geschehen pflegt.

Dem Mediziner sind die mannigfaltigen Ursachen, welche die Entwickelung der Gehirnfunktionen beeinträchtigen können, bekannt. Für den Nichtarzt seien sie kurz erwähnt.

Wenn wir die Aszendenz und Verwandtschaft Schwachsinniger kritisch betrachten, so finden wir oftmals eine direkte oder indirekte Belastung durch Geistesstörung, Nervenkrankheiten, Alkoholismus, oder infectiöse Krankheiten speziell Syphilis und Tuberkulose. Es ist naheliegend und berechtigt, anzunehmen daß in solchen Fällen bereits die Keimzelle geschädigt war, aus der sich ein vollwertiges Einzelwesen nicht zu entwickeln vermochte.

Weiterhin läßt sich aber auch denken, daß die Keimzelle zwar gesund war, daß aber während des fötalen Lebens oder in der Geburt Schädigungen der Frucht stattfanden. — In der Tat sind für viele Fälle angeborenen Schwachsinns Momente verantwortlich zu machen, die in dieser Periode der Entwickelung eine Rolle spielten.

Krankheiten der Mutter, welche die Blutbeschaffenheit und den Kräftezustand verschlechtern, schädigen auch den Fötus. Überanstrengung bei mangelnder Ruhegelegenheit, krankhaft veränderte Gemütszustände, der fortgesetzte Gebrauch toxischer Stoffe (wie z. B. Alkohol) in der Schwangerschaft oder auch Medikamente, die genommen wurden in der Absicht, vorzeitigen Abgang der Frucht zu bewirken, endlich mechanische Schädigungen, Traumen des mütterlichen Leibes, spielen in der Ätiologie des Schwachsinns eine Rolle. — Es liegt auf der Hand, daß ein erschwerter Geburtsakt infolge Beckenenge der Mutter oder auch die künstliche Entbindung zu Blutungen ins Schädelinnere führen können, die das gleiche Endresultat hervorbringen.

Das im fötalen Leben und in der Geburt vor schädlichen Einflüssen bewahrte Kind bedroht ein Heer von Gefahren, die oft eine frühzeitige Invalidität des Gehirns mit sich führen. Mechanische Ursachen können seine Entwicklung beeinträchtigen (z. B. frühzeitige Nahtverknöcherung, Hydrocephalusbildung), autotoxische Stoffwechselstörungen (denken wir an den Cretinismus) eine verhängnisvolle Wirkung auf die psychische Entfaltung äußern, traumatische Einflüsse unheilbare Defekte setzen. Die Beobachtung lehrt, daß nicht selten im Anschluß an die Infektionskrankheiten des Kindesalters (Scharlach, Masern etc.) die Bildungsfähigkeit schwere Einbuße erfährt, und daß gleiches oft nach frühzeitig eintretenden Krampfanfällen sich zeigen kann.

Schuldhaftem Vergehen der Pflege, z. B. Alkoholmißbrauch der nährenden Mutter oder Amme, Darreichung narkotischer Mittel an das Kind zum

Zwecke der Beruhigung, Mohnschnuller, darf ebenfalls manches auf diesem Gebiete zur Last gelegt werden, ingleichen mangelhafter Ernährung, welche mit der Körperentwicklung auch die des Zentralorgans schädigt.

Nicht immer können wir im Vorleben angeboren Schwachsinniger ein ätiologisches Moment finden. Bei vielen müssen wir mit dem Schlagwort der Kryptogenese uns begnügen. Immerhin führt die Ursachenforschung auf mannigfaltige Momente, und mannigfaltig nach der Stärke ihres Einflusses auf Entwicklung und Funktionsausbildung des Zentralorgans sind auch die Formen angeborener geistiger Schwäche, denen wir im Leben begegnen. Keine Art geistiger Störung ist so reich an Varianten, wie diese. Auf der tiefsten Stufe steht der erblich belastete, oft körperliche Mißbildungen aufweisende Idiot, der selbst Bildungsrudimente nicht aufnehmen konnte, intellektuell und ethisch eine Null darstellt. An der Spitze marschiert der Debile, körperlich kaum auffällig, normal gebaut, im Besitze leidlicher Kenntnisse, manchmal sogar einseitig begabt und talentiert, hingegen bezüglich des Urteils und der Fähigkeit zur geordneten zielbewußten Lebensführung defekt. Zwischen ihnen begegnen wir Typen an Zahl so reich, wie die Individuen selbst, verschieden nach dem Grade des Defektes auf den einzelnen Teilgebieten des Seelenlebens.

Jene auf der allertiefsten Stufe stehenden Vertreter dieser Form der Geistesstörung pflegen, weil ihnen die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung abgeht und ihre unsozialen Eigenschaften gar zu drastisch zum Einschreiten herausfordern, frühzeitig in Anstalten zu gelangen, nachdem vielleicht in den ersten Kindesjahren hoffende Elternliebe noch versucht hatte, trotz der oft immensen Schwierigkeiten mit ihnen durchzukommen. Von ihnen abgesehen bewegen sich jedoch in der Öffentlichkeit fast alle Typen dieser Entwicklungshemmung, in mehr oder minder freier Form, bald in geringerem, bald in höherem Grade zu unsozialem Verhalten prädisponiert.

Ist es auch vom streng wissenschaftlichen Standpunkt das einzig richtige, bei einer Scheidung der angeboren Schwachsinnigen in Gruppen auf das ätiologische Moment zurückzugreifen, von hydrocephalischem, mikrocephalischem, kretinistischem usw. Schwachsinn zu sprechen, so hat doch auch die von jeher gebräuchliche Scheidung nach dem Grade der Bildungsfähigkeit und dem Temperament ihre Bedeutung und Berechtigung. Die Benennungen Idioten, Imbecille und Debile haben ebenso wie die Bezeichnungen erethischer und torpider, anergetischer Schwachsinn ihre praktischen Vorteile. Deuten sie doch in prägnanter Kürze die charakteristischen Eigenschaften der damit belegten Individuen kurz an und tragen damit zur rascheren Verständigung bei.

Um zunächst hervorzuheben, wie zahlreich die Vertreter der Idiotie und Imbezillität im Verhältnis zur Bevölkerung sind, so sei nur

erwähnt, daß nach einer Schätzung von Ziehen vor wenigen Jahren in Deutschland bereits ein Imbeziller auf 400 Einwohner kam. Weit gravierendere Resultate ergaben Schweizerische Zählungen aus 1903. Von rund 58000 Schulkindern erwiesen sich 10 % als minderwertig 1 % als direkt geistesschwach.

Das sind hohe Zahlen, in denen sich schon ohne weiteres die große Wichtigkeit des Problems der Schwachsinnigenfürsorge andeutet, auf deren Gebiete noch ganz außerordentlich viel zu geschehen hat, ehe man sie als eine wohlgeordnete und ausreichende bezeichnen kann.

Fragen wir uns nun, wie die angeborene Geistesschwäche sich äußert, so werden wir von der Betrachtung der Frage, wie sich der Bildungsgang des Vollsinnigen darstellt, ausgehen müssen. Wir setzen bei ihm voraus, daß alle Teilfunktionen des geistigen Lebens harmonisch, parallel, in steten Beziehungen zueinander zur Ausbildung gelangen. Gesundes Auffassungs- und Verknüpfungsvermögen vermitteln ihm nach und nach eine Summe von Kenntnissen und Fertigkeiten, deren jederzeitige Verwendung ihm die Erinnerungsfähigkeit gestattet. Hand in Hand damit bilden sich ethische Begriffe heraus, welche die Richtschnur des Verhaltens gegen die nähere und weitere Umgebung abgeben. Und damit das Individuum zur Vollsinnigkeit gelangt, muß im weiteren mehr und mehr das Urteilsvermögen herangebildet werden, das im Verein mit einer normalen Willenstätigkeit erst dem Einzelwesen die Befähigung gibt, sich unter Anpassung an alle Lebensumstände ordnungsmäßig in den Rahmen der sozialen Gemeinschaft einzufügen.

Die Grundbedingung der Vollsinnigkeit ist also die gleichmäßige parallele Entwicklung aller Komponenten des Seelenlebens.

Wie geht die geistige Entwicklung nun bei den Schwachsinnigen vor sich? — Bei einer großen Gruppe ist der angeborene Defekt der Anlage so hochgradig, daß von dem, was Schule und Leben dem Kinde bieten, nur ein Minimum begriffen wird. Die Fähigkeit, ethische Empfindungen zu bilden, ist eine rudimentäre. Urteil und Initiative werden vermißt. Das Triebleben entbehrt der Beeinflussung durch moralische Erwägungen, kurz es besteht ein Grad geistiger Schwäche, den man als Idiotie bezeichnet. Vertreter dieser Gruppe pflegen früh durch Entwicklungshemmungen traurig aufzufallen. Geh- und Sprechvermögen bleiben lange zurück, um dann schließlich unentwickelt, unvollkommen zu bleiben. Schon früh fällt das Kind auf durch Mangel an Teilnahme und Zuneigung, an Interesse für Spiel und Beschäftigung, es entwickelt oft früh unsoziale Züge, die zur Anstaltsversorgung zwingen. — Es besteht keine Gefahr, daß diese Grade des angeborenen Schwachsinns vor dem Forum je verkannt werden könnten. Wenige Fragen genügen,

den Defekt aufzudecken und eine kurze Skizzierung des Vorlebens tut das übrige, um den Irrtum auszuschließen.

Leichter schon kann er begangen werden, wenn es sich um Individuen handelt, die in der ersten Jugendentwicklung keineswegs einen so drastischen Defekt hervortreten ließen. Manche, die später doch als schwachsinnig anerkannt werden müssen, zeigen zunächst in Bezug auf Auffassung und Gedächtnis sich leidlich veranlagt, zeigen vielleicht sogar einseitige Talente, und kommen mit vorwärts, wenn auch im Abstand hinter Altersgenossen. Man nennt sie in der Schule wohl beschränkt, und jüngere Mitschüler sehen in ihnen oft die Zielscheibe der Spottes. Aber sie erreichen doch schließlich ein bescheidenes Ziel, treten ins Leben hinaus und halten sich zunächst leidlich, zumal wenn verständige Angehörige sie gut anleiten und stützen. Oft genug erwachsen dem Psychiater große Schwierigkeiten, in solchen Fällen von der Imbezillität den Richter zu überzeugen, wenn strafrechtliche Konflikte Anlaß gaben, die ganze Persönlichkeit einmal genauer unter die Lupe zu nehmen.

Am schwierigsten aber wird es, der Ansicht, daß Imbezillität vorliegt, Anerkennung zu schaffen, wenn es sich um jene höheren Imbezillen handelt, welche in Bezug auf Urteil, Anpassung und Fähigkeit zur zielbewußten Lebensführung absolute Nullen sind, dabei aber infolge eines guten Gedächtnisses imstande waren, Vielwisser zu werden. Man begegnet nicht selten notorisch Imbezillen mit durchaus antisozialer Veranlagung, welche durch Buchkenntnisse überraschen, die sie vielleicht erst während des Aufenthaltes in Krankenhäusern oder Irrenanstalten sich aneigneten. Prüft man vergleichsweise einen andern Menschen, bei dem die Zurechnungsfähigkeit nicht in Frage kommen kann, so ist dieser vielleicht arm an Gedächtnismaterial verglichen mit dem Imbezillen. Und doch steht er intellektuell, d. h. in Bezug auf Urteil, Anpassungsvermögen, logische Denktätigkeit, weit über ihm. — Die Konstatierung eines gewissen Raffinements bei einer Straftat, die ein Imbeziller beging, darf nicht bestimmen, die Diagnose des Schwachsinns von der Hand zu weisen, wenn der Sachverständige sie auf Grund seiner Analyse der ganzen Persönlichkeit stellen zu müssen glaubt. —

Eine gewisse Schriftgewandheit in Verbindung mit der Phrase charakterisiert manchen höheren Imbezillen und kann zunächst wohl verleiten, daß man ihn übertaxiert. Dies sind die Fälle, in denen der Sachverständige nur durch die Analyse der gesamten Persönlichkeit den Nachweis der geistigen Schwäche zu bringen vermag. Es kann sehr schwer werden, in solchen Fällen die Auffassung, daß es sich um Verkommenheit und Verwahrlosung handelt, zu besiegen, die krankhafte, in der ganzen Veranlagung begründete Unfähigkeit zur Anpassung und ordnungsmäßigen Lebensführung nachzuweisen.

Am schwierigsten ist es oft, Schwachsinn nachzuweisen, wenn es sich um *Imbezille im noch jugendlichen Alter* handelt, bei denen in Anbetracht ihrer jungen Jahre noch nicht hinreichend *Beweismaterial* für den Nachweis des mangelnden Urteilsvermögens vorliegt. Erst mit den Jahren kann ein solches sich häufen. Erst dann, wenn die Notwendigkeit selbständiger Lebensführung an das Individuum herantritt, zeigt der Defekt der Kritikfähigkeit sich in drastischer, greifbarer Form; dann erst tritt das Unvermögen, Lehren aus Lebenserfahrungen zu ziehen und sie zu verwerten, also das *Hauptmerkmal der höheren Imbezillität*, deutlich zu Tage. Erst dann darf man in manchen Fällen von Imbezillität die Frage der Zurechnungsfähigkeit im Sinne dauernder Unterstellung unter den § 51, die Frage der Dispositionsfähigkeit im Sinne dauernder Anwendung des § 6, 1 entscheiden.

*Die charakteristischen Eigenschaften der höheren Imbezillen* sind folgende: Störungen des Gefühls- und Affektlebens, Störungen der Willenstätigkeit, Anomalien des Trieblebens, Mangel an Urteilsvermögen, mehr oder weniger stark ausgeprägte Unfähigkeit zur Verwendung angelernten Wissens.

Die Beobachtung einer auffälligen Indifferenz für fremdes Leid und fremden Schmerz, eines Mangels an natürlicher Zuneigung, einer allgemeinen ethischen Abstumpfung und daneben einer Neigung zum Affektausbruch auf geringe Veranlassungen hin, ist es, die so oft *schon in früher Jugend den Verdacht auf Imbezillität* wecken muß, den das weitere Leben traurig bestätigt. Es sind die Individuen, die kein Kummer der Eltern anregen konnte, sich zu ändern, die früh als unverträglich, jähzornig, egoistisch gefürchtet waren von ihren Gespielen, die früh zu Roheitsdelikten neigten und Zurechtweisungen mit schrankenlosen Ausbrüchen, Selbstmorddrohungen oder gar Selbstmordversuchen beantworteten.

Ihnen fehlt die Einsicht in dem Grade, daß sie sich nicht zu sagen vermögen: „nur Arbeit bringt vorwärts.“ Und wenn sie lanziert werden, so geben sie die erlangte Position ohne verstandesmäßiges Abwägen des pro und contra um der Laune eines Augenblickes wieder auf. Jenes *höhere Urteil*, das den normalen Menschen bestimmt, Freunde zu suchen, sich zu gewinnen und zu erhalten, weil nur aus einer von gegenseitigem Wohlwollen und Interesse getragenen Berührung mit Anderen Erfolg und Vorwärtskommen zu erhoffen ist, fehlt ihnen, und dieser Umstand drückt ihrer ganzen Lebensführung den *Stempel der Inkonsequenz* und des *Sprunghaften* auf. — Es fehlt die Fähigkeit, die Bedeutung der Situation zu erkennen, sie auszunutzen, die Tragweite von Entschlüssen abzuschätzen, den richtigen Weg einzuschlagen.

Vergegenwärtigen wir uns *einige Typen jener Imbezillität*, an die so oft im Leben der Maßstab normalpsychologischer Kritik gelegt wird.

Wer kennt ihn nicht den Knaben aus dem Volke, der früh hinter die Schule lief, bei allen schlechten Streichen beteiligt war, noch vor Erlangung der relativen Strafmündigkeit stahl, die Zwangserziehung über sich ergehen lassen mußte, dann aus der Lehre entlief, als Vagabund und Gelegenheitsarbeiter sich umhertrieb oder dem Zirkus folgte, immer anlief, zumeist wegen im Alkoholtaumel begangener unsozialer Handlungen, Zuhälterei, Roheitsdelikten, der lügt und trügt, wo er kann,

voll Renommage und maßlos von seiner Trefflichkeit überzeugt, eine Crux für die Gefängnisse, und ihre Beamten wegen seiner absoluten Undisziplinierbarkeit! —

Oder den von Stufe zu Stufe gesunkenen Sohn aus guter Familie, oft scharf kontrastierend gegen andersgeartete Geschwister, der mit Mühe durch die Mittelschule kam, für den Ernst des Lebens nicht das minimalste Verständnis hatte, in allem geleitet werden mußte und sofort strauchelte, wenn das Gängelband gelockert wurde, bis er als unverbesserlich aufgegeben wird und im Rinnstein stirbt, nachdem man vielleicht gar noch versucht hat, durch eine Heirat ihn zu bessern. —

Bei so manchem, der immer wieder dem Strafrecht verfiel, wird sachverständige Kritik die Tatsache, daß er imbezill ist, herauszustellen vermögen, und wer kritisch die Insassen einer Strafanstalt durchgeht, der wird zu der Auffassung gelangen, daß die Imbezillität noch viel zu oft verkannt wird, ihre Träger noch viel zu oft verdammt werden, anstatt daß man rechtzeitig ihrer sich annimmt, sie vor Verleitung schützt, ihren Trieben die rechte Richtung gibt.

Daß der Schwachsinnige, sich selbst überlassen, so oft der Strafrechtspflege zu schaffen macht, ergibt sich unschwer aus einer Betrachtung seiner Mängel auf den einzelnen Teilgebieten des Seelenlebens.

Mangel an Ehrgefühl und hemmenden Erwägungen, die durch Überlegung nicht beeinflußte Begehrlichkeit, prädisponieren ihn in erster Linie zum Eigentumsdelikt. Eine kritische Sichtung aller begleitenden Tatmomente bei einem Diebstahl muß bisweilen bestimmen, die Diagnose des Schwachsinns zu vermuten aus der Unvorsichtigkeit, mit der er ausgeführt wurde, aus dem Mangel an Versuchen, die Spur zu verwischen, aus dem grellen Mißverhältnis zwischen dem erreichten Vorteil und dem Risiko, aus der Art der Verwendung des gestohlenen Gutes, das vielleicht sofort jemandem geschenkt wurde, und ähnlichen Einzelheiten mehr.

Seine Unfähigkeit, Wallungen des Augenblicks mit Überlegung zu begegnen, bringt es mit sich, daß der Schwachsinnige zu impulsiven Handlungen neigt, von der verbalen Beleidigung bis zum Todschlag, und daß er leicht äußeren Einflüssen, die ihn zum Verbrechen treiben, erliegt. Schwachsinnige im Gefolge routinierter Verbrecher, denen sie die Kastanien aus dem Feuer holen müssen, sind den Kriminalisten keine seltene Erscheinung. Beide haben Gelegenheit genug, in Kaschemmen zusammenzutreffen.

Wie kommt der Schwachsinnige zur Vagabondage? Ist es ein „Hang zum unsteten Leben“, der ihn bestimmt, die regelmäßige Arbeit zu fliehen? Das mag bei dem paranoisch Veranlagten der Fall sein, der überall anläuft und sich wirklichen oder vermeintlichen Belästigungen zu entziehen sucht durch Änderung seines Aufenthaltsortes, oder bei dem Epileptoiden, den ein innerer Drang weitertreibt. Der imbezille Vagabund ist der passive Vertreter des Vagabundentums. Er wird hineingedrängt. Störungen der Willenstätigkeit bringen es mit sich, daß er nicht zur geordneten, zielbewußten Erwerbstätigkeit kommen kann, höchstens macht er Ansätze dazu, aber bald verliert er wieder die Position. Was er erwirbt, geht schnell in der Befriedigung von Augenblicksgelüsten

drauf, er spart nicht beizeiten und hat darum nicht in der Not, aus der er sich dann vielleicht durch betrügerische Handlungen zu helfen sucht. Seine mangelnde Zuverlässigkeit, die oft die Folge von Vergeßlichkeit, also eines intellektuellen Defektes ist, oft auch noch dazu seine Reizbarkeit und Empfindlichkeit, die meist seiner Intelligenz umgekehrt proportional sind, bewirken, daß er beständig die Stellen wechselt. Niemand will ihn haben, wer nur in seine Zeugnisse blickt oder die lange Liste seiner Stellungen sieht, weist ihn ab. Was bleibt ihm schließlich übrig wie Bettel und der Versuch, sein Brot irgendwo zu finden, wo man ihn noch nicht kennt, d. h. die Lebensweise des Vagabunden.

Seine leichte Erreglichkeit, in welcher Eigenschaft er oft geradezu dem Epileptiker gleicht, bringt es mit sich, daß wir den Imbezillen an den allerschwersten Arten strafrechtlicher Vergehungen sich beteiligen sehen. Schon oft haben Imbezille mit Totschlag und Brandlegung harmlose, wohlgemeinte Zurechtsetzung und Rüge beantwortet. Es sind Brandstiftungen begangen worden rein aus Lust am Feuer. Es sind vorsätzlich Menschen ums Leben gebracht worden, um eines geringen Vorteils teilhaftig zu werden. Ich denke da speziell an jene so häufigen Vorkommnisse, daß imbezille Kindsmägde die ihnen anvertrauten Kleinen zugrunde richteten, um ihrer Dienstpflicht ledig zu werden, oder daß sie Häuser und Scheuer anzündeten um des gleichen Zieles willen.

Die Unfähigkeit, den natürlichen Trieben Hemmungen entgegenzusetzen, sich durch moralische Erwägungen bestimmen zu lassen, bedingt es, daß wir unter den Schwachsinnigen so oft Sittlichkeitsverbrecher treffen von der exhibitionistischen Handlung bis zum schweren Notzuchtsattentat auf Minderjährige mit eventuell sogar folgender Tötung des Opfers. — Ihre leichte Bestimmbarkeit im Verein mit ihrer Begehrlichkeit veranlaßt so manchen von ihnen, verbrecherische Handlungen wie räuberischen Überfall und Raubmord zu begehen. Äußerst verhängnisvoll hat schon auf manchen die breite Ausmalung verbrecherischer Handlungen in der Tagespresse, gegen die nicht energisch genug Front gemacht werden kann, eingewirkt.

Höchst gefährlich pflegen weiterhin jene den Hysterikern auf dem Gebiete der Phantasietätigkeit ähnelnden Schwachsinnigen zu sein. Ihre Neigung zur Konfabulation läßt sie allmählich zu Individuen von einer absoluten Unwahrhaftigkeit und Unglaubwürdigkeit werden und prädisponiert sie zum Betrugsdelikt.

Der Mehrzahl der Imbezillen ist es wohl ziemlich gleichgiltig, ob sie von ihrer Umgebung geschätzt werden, oder ob ihnen ein gewisser Lebensluxus zu Gebote steht in Wohnung, Kleidung usw., doch treten andre wieder äußerst prätenziös in dieser Hinsicht auf. Ihnen entgegengebrachter Spott und Mangel an Beachtung vermögen

*Beeinträchtigungsideen* von der Stärke echt paranoischer Antipathien zu wecken, denen die rachsüchtige *Gewalttat* nicht selten folgt.

Die *Selbstüberschätzung* in Verbindung mit *Beeinträchtigungsideen* kann beim Imbezillen einen solchen Grad erreichen, daß er im ersten Angenblick förmlich den Eindruck des Verfolgungswahnsinnigen macht. Auch zum *Querulantentum* stellt die Imbezillität Vertreter, die sich aber durch ihre Schwächlichkeit, die Unfähigkeit, in der Verfolgung ihrer Ziele mit energischen Mitteln zu arbeiten, vom echt paranoischen Querulanten wesentlich unterscheiden.

Die *Überempfindlichkeit* der Imbezillen und Debilen ist eine Eigenschaft, welche jeder, der mit ihnen zu tun hat, respektieren muß, wenn er nicht unangenehme Verwicklungen zeitigen will. Es ist keine Seltenheit, daß imbezille Strafgefangene durch die Anrede mit ihrem ihnen sonst höchst wichtig erscheinenden Spitznamen sich zu Beschwerden und Beleidigungsklagen veranlaßt gefühlt haben, die demjenigen, der ihr Mißfallen erweckte, höchst unangenehm waren, indem sie ihm umfangreiche Schreibereien und Rechtfertigungen aufluden.

Die *Unfähigkeit, sich einer bestimmten Ordnung einzureihen*, in Betrieben, welche Pünktlichkeit und die Befolgung bestimmter Regeln verlangen, sich unauffällig anzupassen, sie ist es, die so oft den Imbezillen zuerst als solchen erkennen läßt und zu seiner genaueren Untersuchung Anlaß gibt. Eine lange Liste disziplinarischer Ahndungen in den Personalakten eines Strafgefangenen ist immer verdächtig, *entweder auf eine epileptisch-impulsiv-zügellose Veranlagung oder Imbezillität.*

Wer im Besitz normaler Überlegung ist, wird bald einsehen, wenn es ihm nicht von Anfang an geläufig war, daß er dem *Zwang der Disziplin* sich unterwerfen muß, daß der Verstoß ihm Unannehmlichkeiten bringt, das Wohlverhalten dagegen ihm nützt und seine Lage erträglicher gestaltet. So kann das Verhalten im *Militärdienst* sowohl wie auch in *Gefängnissen* sehr oft ein ausgezeichnetes Kriterium für die richtige Schätzung eines Imbezillen abgeben. Hier wie dort begegnen wir leider immer noch wieder dem Fehler, daß Gleichgültigkeit und Unbelehrbarkeit *passivem Widerstand* identisch erachtet, daß Mangel an Ordnungssinn als sträfliche Vernachlässigung geahndet, Mangel an *Können* für Mangel an *Wollen* genommen und danach die Behandlung eingerichtet wird, bis einmal ein Erregungsausbruch oder Selbstmord eines besseren belehrt, was aber nicht selten erst dann geschieht, wenn das Maß strengster Disziplinarmittel erschöpft ist.

*Alle unsozialen Eigenschaften des angeboren Schwachsinnigen läßt der Alkoholgenuß noch stärker hervortreten.* Er schaltet das geringe Maß von Hemmung und Überlegungsfähigkeit gänzlich aus und steigert dadurch die Gefährlich-

keit bis zu dem Grade, daß es zu Taten kommt, die man auf den ersten Blick oft bestialisch nennen möchte, denen gegenüber man jeden Rest von Milde abtun möchte. Und doch sollte hier zumeist nicht der Ruf nach Vergeltung laut werden, sondern die Frage sich aufdrängen: Wie war es möglich, daß es soweit kam, und welche Maßregeln prohibitiver Art sind hier unterlassen worden?

Es ist eine Aufgabe von größter Wichtigkeit für die soziale Wohlfahrt, daß die Organisation des Kampfes gegen die Schädigungen der Gesellschaft durch angeboren Schwachsinnige noch energischer betrieben wird. — Zwar die Aufgabe des Gerichtsarztes an ihnen ist erfüllt, wenn er nach strafrechtlichen Verwicklungen ihren Defekt klarstellt und die Anwendung des § 51 für geboten erklärt. Dann aber beginnt die Aufgabe am Imbezillen eigentlich erst recht aktuell zu werden.

Es ist freilich einfach zu sagen: „Dann übergeben wir ihn als einen auf Grund seines verbrecherischen Verhaltens für gemeingefährlich zu erachtenden Menschen einer Irrenanstalt, die ihn bewahren soll." — Wer in Irrenanstalten arbeitet, weiß, welch eine mühevolle undankbare Aufgabe diesen damit gestellt ist, es sei denn, daß es sich um einen torpiden, indifferent fügsamen Imbezillen handele, eine Form, der man weit seltener begegnet, wie der erreglichen.

Ein querulierender Imbeziller mit Fluchtbestrebungen und Neigung zur Gewalttätigkeit kann da zur schweren Plage für Hunderte von andren Kranken werden, kann durch Verhetzung dieser und des dem Zustand nicht immer völliges Verständnis entgegenbringenden Wartepersonals den ganzen Frieden einer Anstalt untergraben und dem Betrieb die schwersten Weiterungen schaffen.

Die Aufgabe des Arztes, des Juristen und des Soziologen gegenüber dem angeborenen Schwachsinn ist eine dreifache.

Erstens muß nach Möglichkeit der Entstehung geistiger Schwächezustände vorgebeugt, d. h. also Prophylaxe der Imbezillität getrieben werden.

Kennen wir so zahlreiche Ursachen des Defektes, so zeigt sich auch deutlich der Weg zu seiner Bekämpfung. So ist denn allseitig aufklärend dahin zu wirken, daß die Wichtigkeit einer gesunden Aszendenz bei jeder Eheschließung allen anderen Interessen vorangestellt werde. — Weiter ist zu bedenken, daß alles, was zur Bekämpfung von Volksseuchen, der Tuberkulose und der Syphilis, sowie des Alkoholmißbrauchs geschieht, indirekt auch einer Prophylaxe der Imbezillität zugute kommt. — Alles, was geschieht im Interesse des Schutzes der Schwangeren, der Gebärenden, der Wöchnerin, im Interesse der Bekämpfung von Säuglingskrankheiten, vermindert indirekt die Zahl der Imbezillen. — Alles, was geschieht für eine Verbesserung der Wohnungsverhältnisse und zur Verbesserung der Lebensbedingungen der Kinder der unteren sozialen Schichten, Weckung des Verständnisses für körperliche und geistige Hygiene, hilft mit bei einer Reduktion der Zahl der Schwachsinnigen. Genauer kann auf diese Punkte bei dem beschränkten zu Gebote stehenden Raum nicht eingegangen werden.

Zweitens haben wir nach einer allen Indikationen sorgfältig Rechnung tragenden Versorgung der Imbezillen zu streben, die eine sorgsame Beobachtung der heranwachsenden Jugend in möglichst

früher Lebensperiode als solche zu erkennen suchen muß. — Jeder Tag kann uns Beweise dafür bieten, daß selbst starke Grade angeborenen Schwachsinns noch verkannt, mit Beschränktheit, Übelwilligkeit, Verwahrlosung und Unverbesserlichkeit verwechselt werden.

Die Organisation der Schwachsinnigenfürsorge, am besten unter staatlicher Ägide, wie die Irrenpflege, ist eine dringende Aufgabe der nächsten Zukunft, darüber kann gar kein Zweifel mehr sein. Es geht eben nicht weiter, daß man auf diesem für die allgemeine Wohlfahrt so wichtigem Gebiete der Charitas die Hauptarbeit überläßt, so Dankenswertes sie auch geleistet hat und noch leistet.

Jeder, der im Erziehungswerke tätig ist, muß an der frühzeitigen Etikettierung des angeboren Schwachsinnigen, wenn ich mich so ausdrücken darf, mithelfen; der Lehrer in der Schule, der Schularzt, der Erziehungsanstaltsleiter, der ihm bei genauer Durchsichtung seiner Zöglinge begegnet, nachdem vielleicht schon der Strafrichter mit ihm ein ernstes Wort gesprochen, aber auch der Strafrichter selbst, indem er bei dem jugendlichen Rechtsbrecher in jedem Einzelfalle nicht nur fragt: „was hat er getan und wie hat er es getan?" sondern: „wer hat es getan, und welche Veranlagung spricht sich in der Tat aus, wie ist es um die sittliche und intellektuelle Vollreife des Täters bestellt?" — Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, daß in einer erheblichen Anzahl der Fälle, in denen der Strafrichter daran denkt, daß er eventuell den § 56 zu berücksichtigen haben könne, eine kritische, von psychiatrischen Gesichtspunkten ausgehende Betrachtung der Persönlichkeit des Täters einen angeborenen Schwachsinn feststellen wird. Ob die Einsichtsklausel auf einen Fall anzuwenden ist, das wird sehr oft nur eine ärztliche Untersuchung feststellen können, während die Entscheidung nach richterlichem Ermessen oft mit Irrungen zu rechnen haben dürfte.

Tausendfach lehrt uns die Erfahrung, daß notorische Imbezille straffrei sich bis zu einer Altersstufe führen, deren Erreichung ohne Konflikte scheinbar ein gutes Anpassungsvermögen beweist und auf ein Normalmaß von Intelligenz schließen lassen könnte. Genaue Betrachtung zeigt dann, daß nur einer führenden Hand es zu danken war, wenn es ohne Konflikte ging, und daß infolge des durch Tod oder andere Ereignisse bedingten Aufhörens der Führung die soziale Hilflosigkeit dann klar zutage trat.

Solchen Defektmenschen rechtzeitig eine Stütze zu geben, ist dringend nötig, und wenn es geschieht, so ist manchmal recht gut in der Öffentlichkeit mit ihnen auszukommen. — Es sollte ferner von der Entmündigung wegen Geistesschwäche mehr Gebrauch gemacht werden, auch wenn es sich um Individuen ohne Vermögen handelt, denn auch die ordnungsmäßige Einreihung in die bürgerliche Gesellschaft ist ein Teil der Angelegenheiten eines Menschen im Sinne des § 6 B.G.B., und wer zu ihr unfähig ist, bedarf des Beistandes und der Leitung. — Bei jeder Entlassung aus Rettungs- und Erziehungsanstalten empfiehlt es sich, die

Frage der Kuratel kurz zu prüfen, damit nicht wie bisher so viele zur selbständigen Lebensführung durchaus unfähige Menschen ungehütet in die Öffentlichkeit gelangen. — Freilich Vormünder, die für dies Amt kein Verständnis mitbringen, es als Last empfinden, kann man hierzu nicht gebrauchen, sondern es bedarf einsichtiger Leute mit Verständnis für die Eigenart ihrer Mündel und vor allem solcher Leute, die auch Zeit für die Mündel übrig haben, am besten **Berufsvormünder**, die im Hauptamt sich einer größeren Anzahl von Schützlingen widmen.

Welche Bedeutung es gewinnen könnte, wenn private Wohltätigkeit auf diesem Gebiete sich noch intensiver interessierte durch Gründung von Fürsorgevereinen, braucht kaum gesagt zu werden.

Auch des Vorschlages, der meines Wissens von pädagogischer Seite ausging, in den Städten sog. Imbezillenheime, Geistesschwachenheime zu gründen, ist zu gedenken. Die Zahl der schulentlassenen, dann notdürftig in einer Lehre auskommenden Imbezillen, die ein Heim sich gründen, ein Geschäft oder eine selbständige Tätigkeit anfangen können, ist eine sehr geringe. Ihnen ein Heim zu bieten, in dem sie leben können und Anleitung und Unterhaltung finden außerhalb ihrer Arbeitszeit, das sie schützt und beaufsichtigt, das ist eine dankenswerte Aufgabe. So mancher, der jetzt mit einer automatischen Tätigkeit einen leidlichen Lohn erwirbt und dann in elenden Verhältnissen vegetiert, ausgebeutet wird, säuft, würde sicher gewohnheitsmäßig dem Schwachsinnigenheim sich angliedern und die ihn schützende und die Gesellschaft sichernde Bevormundung wohltätig empfinden.

Wenn dem aus der Hilfsschule entlassenen Schwachsinnigen eine gute Beratung und Anleitung für die Berufswahl, soweit von einer solchen gesprochen werden kann, zuteil würde, die seine Anlagen berücksichtigt, z. B. seine Anlage zum Automatismus, wenn alsdann die Ausbildung im Handwerk eine von Wohlwollen getragene wäre, so könnten die Schwachsinnigenheime das Werk der Erziehung zur bescheidenen Selbständigkeit auf das dankenswerteste vollenden.

So ließe sich denn der zweite Teil der Aufgabe, welche die Gesellschaft den Imbecillen gegenüber zu lösen hat, zusammenfassen in die Worte: „Sorgt für frühzeitige Feststellung der Tatsache, daß Imbezillität bei jemandem besteht, und sorgt für seine Anleitung und Aufsicht, ehe es zu unsozialen Handlungen gekommen ist.

Drittens haben wir die Stellungnahme gegenüber dem kriminell gewordenen Imbezillen zu betrachten. Sie wird sich nach den Verhältnissen des Einzelfalles zu richten haben. Der an einem Schwachsinn erheblichen Grades Leidende fällt unter den § 51. Bei den leichteren Graden ist eine Diskussion darüber, ob eine freie Willensbestimmung vorhanden ist oder nicht, überflüssig, und viel wertvoller eine Behandlung im Hinblick auf die Frage: ist die Möglichkeit einer Beeinflussung durch eine Freiheitsentziehung vorhanden oder nicht? — Es gibt mäßige Grade, in

denen die Verhängung einer Freiheitsstrafe einen günstigen, vom ungesetzlichen Tun abschreckenden Einfluß ausübt.

Kann es aber als festgestellt angesehen werden, daß dies unmöglich ist, stellt jeder Strafvollzug aufs deutlichste heraus, daß es sich um ein undisziplinierbares Individuum handelt, das sofort nach der Absolvierung wieder anläuft, so ist für seine dauernde Verwahrung in geeigneter Form zu sorgen.

Es sollte selbstverständlich sein, daß der auf Grund des § 51 freigesprochene Imbezille, dem eine Tat mit gemeingefährlichem Gepräge zur Last fiel, zunächst interniert und, wenn überhaupt, dann nur unter sorgfältigen Kautelen wieder in Freiheit gesetzt wird. Leider kommen Verstöße in dieser Hinsicht doch noch oftmals vor. Das mag zum Teil daran liegen, daß die Tätigkeit des Richters nach der Zuwilligung des § 51 bei uns ihr Ende erreicht hat. — Mit Recht wird man bei stärkeren Graden der Imbezillität seiner Anwendung zustimmen und bei leichteren den Standpunkt der Annahme einer geminderten Zurechnungsfähigkeit vertreten, aber genau genommen darf das nur geschehen, wenn gleichzeitig dem Richter es zugestanden wird, ein Wort zur weiteren Behandlungsfrage mitzusprechen. Leider weisen ja unsere strafrechtlichen Bestimmungen in dieser Hinsicht noch eine Lücke auf, während in verschiedenen europäischen Ländern dies anders ist.

Es müßte jeder Freispruch wegen Imbezillität oder wegen Trunkenheit auf der Basis der Imbezillität den Staatsanwalt wenigstens sofort zur Stellung des Entmündigungsantrages veranlassen in der Auffassung, daß nur die sorgsam ausgeübte Kuratel der Öffentlichkeit einige Garantie für Wohlverhalten seitens des Imbezillen bieten kann.

Das sind die wesentlichen Momente, die für den Schwachsinnigen als Objekt der Rechtspflege und der Psychiatrie in Frage kommen. Wenn irgendwo auf dem Gebiete forensischer Psychiatrie, so bieten sich hier dem gemeinschaftlichen Streben der Ärzte und Juristen die Handhaben einer aussichtsreichen Bekämpfung und Sicherung der Gesellschaft gegen Schädigungen, die nicht weniger schwer sind, wie die durch Seuchen verursachten.

## II. Erworbene Geistesschwäche und Kriminalität.

Das Wesen des erworbenen Schwachsinns besteht darin, daß bei einem gesunden Individuum von einem bestimmten Lebenszeitpunkte an sich ein Niedergang der geistigen Funktionen einstellt, der bald rapider, bald langsamer, häufig auch unter sog. Remissionen, d. h. Zuständen zeitweiliger Besserung, verläuft. Er führt zu Terminalstadien aus-

gesprochenen Defektes, falls nicht der Natur der Störung nach der Ausgang ein tödlicher ist.

Die Krankheitsprozesse, um die es sich hier handelt, sind — wenn wir zunächst von Epilepsie und Hysterie absehen, die für sich besprochen werden sollen — erstens die mit großer Wahrscheinlichkeit auf feinanatomische Veränderungen zurückzuführenden Verblödungsprozesse des zweiten und dritten Lebensjahrzehntes, die man treffend nach dem von Anfang an das Bild beherrschen Symptome der Schwäche unter der Benennung „primärer Schwachsinn" umgreift; zweitens die durch gröbere anatomische Veränderungen des Zentralnervensystems bedingte psychische Schwäche des Greisenalters und drittens die ebenfalls durch organische Veränderungen verursachte paralytische Demenz.

Von diesen beansprucht das größte forensische Interesse die erste Form aus dem Grunde, weil hier die Symptome zunächst verwaschenere sind, weil das Krankheitsbild sehr viele Varianten zeigt, speziell auch viele Züge hervortreten läßt, welche dem Laien nicht sofort als Ausdruck pathologischer Geistesbeschaffenheit erscheinen, und weil ferner die akuten Krankheitserscheinungen oft durch lange Zeiträume relativer Besserung abgelöst werden, in denen man im Laienpublikum gern Genesungen erblickt, wiewohl die Persönlichkeiten doch durchaus vom psychopathologischen Standpunkte aus zu betrachten sind.

Keine Form psychischer Störung bietet auch treffendere Beispiele für die endogene Natur der Psychosen. Wohl können einmal äußere Einflüsse den Stein ins Rollen bringen. Oft genug fehlt aber für den Ausbruch geistiger Störung jedes auslösende Moment, und was der Laie für die Ursache ansieht, das stellt sich dem Arzte als Symptom, als Vorgang heraus, zu welchem bereits krankhafte Reizbarkeit oder krankhafte Ideen den Anlaß gaben. — In einer Zeit, in welcher die Neigung stets zunimmt, die Ursachen von Krankheiten in Fahrlässigkeiten und Verfehlungen andrer zu erblicken und daraufhin Ansprüche geltend zu machen, ist es zweckmäßig, dies nachdrücklich zu betonen.

Der Schüler, dem der Lehrer im unerkannten Anfangsstadium der Störung, ärgerlich über seine läppischen Streiche, ein paar Ohrfeigen verabreicht, und der nun bald darauf deutlichere Zeichen von Geisteskrankheit zeigt — der Lehrbube, den der über seine zunehmende Lässigkeit erzürnte Meister züchtigt, die Magd, die angeblich tiefsinnig wurde, weil die Dienstherrschaft soviel an ihr auszusetzen hatte, das sind nur ein paar Beispiele für diese so häufige Verwechslung des Kausalnexus.

Der erste Beginn der Störung ist bisweilen ein subakuter, schleichender. Lange Zeit gelten die betr. Individuen für nervös, hysterisch, neurasthenisch. Man macht, zumal in besser situierten Verhältnissen, alle möglichen Versuche, ihnen zu helfen, geht von Arzt zu Arzt, von Anstalt zu Anstalt, bis endlich ein Erregungsausbruch oder ein Selbstmordversuch oder eine rätselhafte Handlung die Angehörigen erkennen läßt, daß die Nervosität denn doch etwas ernster genommen sein will, wie man gedacht. — Bald hört man in der Anamnese solcher dem Jugendirresein verfallenden Kranken von ihrer zunehmenden Müdigkeit, Schlaffheit und Apathie erzählen; wie

sie ihre Regsamkeit verloren, unter hypochondrischen Klagen allgemeiner Färbung sich auf sich selbst zurückzogen, im Bette hindämmerten, unbeeinflußbar, indifferent. — Bald erfährt man, daß sie, die sonst verläßliche, strebsame Menschen gewesen, auffielen durch läppische Heiterkeit, unstetes Wesen, durch eine Neigung zum Schabernack und sinnloser Zerstörung oder auch zu bizarren Streichen mit unsozialer Färbung. — Der Grad der Passivität kann in vielen Fällen von Anfang an ein so hochgradiger sein, daß sich die Hilfsbedürftigkeit des Kranken sofort deutlich herausstellt. Nicht selten glaubt dann die nach ursächlichen Momenten suchende Umgebung an eine Gemütsdepression, und auch Ärzte senden diese Fälle gelegentlich mit der Diagnose: „Melancholie" zur Anstalt, Passivität und Gedankenleere mit trauriger Verstimmung verwechselnd. — Oder aber das Initialstadium gleicht mehr dem Bilde der maniakalischen Verstimmung, Heiterkeit und motorische Unruhe prävalieren im Symptomkomplex, leichtes Größendelir spricht sich in sprunghaft geäußerten Ideen besonderer Bedeutung der eigenen Person aus. Endlich gibt es eine dritte Gruppe von Vertretern des primären Schwachsinns, bei denen im Beginn der Störungen Wahnideen, von Anfang an mit dem Gepräge der Schwäche, im Vordergrunde der Krankheitserscheinungen stehen, eine Gruppe, deren Färbung und Diagnose die Bezeichnung „Dementia paranoides", d. h. Schwachsinn mit dem Gepräge der Verrücktheit, prägnant zum Ausdruck bringt.

Zwischen den einzelnen Bildern stehen Übergangsformen mit oft wechselnden Symptomen. Die Mannigfaltigkeit wird noch vermehrt durch das nicht eben seltene Hinzutreten sog. katatonischer Züge. Nachdem anfangs vielleicht Wahnbildung, manische Erregung dem Bilde den Stempel verliehen, verfällt der Patient in jene eigenartigen Zustände scheinbar stumpfer Apathie, in denen er zur Bildsäule erstarrt auf seinem Lager ruht, allen Manipulationen aufs äußerste stumm widerstrebt und in zähem Negativismus verharrt, oder durch sonderbare Automatismen die Aufmerksamkeit auf sich lenkt, die sich in Schreck und Entsetzen wandelt, wenn der Kranke vielleicht mitten aus seinem Stupor heraus urplötzlich impulsiv eine brüske Gewalttat ausführt und damit seine Gefährlichkeit hinreichend erweist.

Von der speziellen Färbung dieser Krankheitsprozesse, ob mehr passivindifferent oder mehr aktiv vielgeschäftig, zur Wahnbildung neigend, hängt es zumeist ab, ob es zu Verstößen gegen das Strafrecht kommt. Die passivindifferenten Vertreter sind weniger in dieser Hinsicht gefährdet, wie die durch gesteigerte Lebhaftigkeit und vermehrten Bewegungsdrang ausgezeichneten Fälle. Gleichwohl geben auch jene nicht selten Anlaß zum Einschreiten der

Gerichte, insofern diese in ihnen Opfer sträflicher Vernachlässigung erblicken. Oft genug kommt es, speziell unter der ländlichen Bevölkerung, vor, daß der stuporöse Kranke sich selbst überlassen in Schmutz und Elend erstarrt, bis vielleicht auf Denunziation hin eine Behörde sich einmengt. Wollen wir doch nicht vergessen, daß wir in solchen Fällen mehr mit Beschränktheit wie Niedertracht zu rechnen haben. Negativistisches Widerstreben seitens der Kranken wird von beschränkten Angehörigen für Widerspruch genommen, und es heißt: „Nun wenn er nicht will, so mag er denn die Folgen tragen." Aggressive Akte bestimmen den Laien leicht zum Urteil: „wer so seinen Wohltätern vergilt, möge selbst zusehen, was aus ihm wird" usw. Anstalten sind oft weit und teuer, und Gemeinden sind oft arm und wenig einsichtig, wenn es gilt, auf ihre Kosten jemanden unterzubringen. So findet denn die einschreitende Behörde solche stumpfe Kranke oft in desolater Verfassung, die zunächst bestimmen könnte, den Stein auf die Ihrigen zu werfen, obwohl weit mehr die Verhältnisse schuld sind.

Bei den mit Unruhe einhergehenden Fällen können Anlaß zum polizeilichen Einschreiten geben: Beleidigung, Sachbeschädigung, läppische Entwendung, Hausfriedensbruch, sexuelle Vergehungen.

Einer unsrer Kranken foppte seinen Lehrherrn, einen Barbier, durch Auslaufenlassen eines größeren Postens Parfümflaschen; ein andrer ging in Ställe und beging sodomitische Handlungen; ein dritter ging in fremde Häuser und legte sich in fremde Betten; ein vierter schüttete Passanten Tinte auf die Kleider; ein fünfter veranlaßte einen Straßenauflauf, indem er einen Omnibusgaul am Zügel erfaßte und die Weiterfahrt des Wagens hinderte; ein sechster goß in einem Laden einer Verkäuferin ein Sirupsgefäß über den Kopf usw. usw.

Alle Straftaten dieser Patienten tragen zumeist den Stempel des Schwächlich-Läppischen an sich, der auffallen müßte. Und doch kommt es leider noch vor, daß sie zunächst betraft werden, und daß dann im Gefängnis der Defekt deutlicher zutage tritt.

Verwandtschaftliche Sorge bringt einen Teil der Kranken frühzeitig nach relativ harmlosen unsozialen Handlungen in die Anstalt in der Hoffnung, daß man sie heilen kann. Indessen spotten diese Krankheitsprozesse leider jeder Therapie. Diese kann nur eine symptomatische sein, wenn uns auch bisweilen die Behandlung vor große Aufgaben (künstliche Ernährung, Beruhigung, Bekämpfung impulsiver Tendenz zur Selbstbeschädigung) stellt. Oft bestimmt dann die Konstatierung des Ausbleibens deutlicher Heilerfolge die Angehörigen zur frühen Zurücknahme der Kranken, speziell dann, wenn ärztliche Vorsorge frühzeitig mahnt, ihnen einen Platz in der Pflegeanstalt zu sichern. In anderen Fällen kommt es nach dem Abklingen der stürmischen Initialsymptome schon bald zu einem erträglichen Zustande, der Kranke erscheint wieder sozial möglich und wird heimgenommen, weil man

glaubt, in freien Verhältnissen die Genesung schneller eintreten zu sehen. Ein solches Verfahren kann äußerlich von Erfolg gekrönt erscheinen, weil der Patient daheim etwas Beschäftigung nimmt und leidlich auskommt. Oft genug allerdings kommen die Entlassenen auch bald wieder in die Anstalt, um unter noch intensiveren Krankheitserscheinungen weitere Einbuße zu erfahren und nach und nach zu einem Terminalstadium ausgesprochenen Blödsinns zu gelangen. Diese, deutlichste Züge des geistigen Niederganges aufweisenden Fälle interessieren vom Standpunkte der forensischen Psychiatrie weniger wie diejenigen, in denen entweder die Initialsymptome sich so rasch abspielten, daß die Kranken gar nicht in die psychiatrische Anstalt gelangten, und nun nach schnell wiedererlangter Ruhe draußen weiterleben, oder in denen die Anfänge der Störung verkannt und die pathologische Natur von Erregungszuständen oder Depressionsstadien nicht begriffen wurden, in denen vielleicht gar disziplinarische Ahndung dagegen angewandt wurde. Das kann gelegentlich in Strafanstalten und Rettungshäusern vorkommen. Es fehlt dann bei späteren Konflikten mit dem Strafrecht quasi die „psychiatrische Etikettierung“ der Persönlichkeit, man vermißt das Warnungssignal, welches dem Strafrichter sonst doch sofort vor Augen erscheint, wenn er von einem Untersuchungsgefangenen hört, er sei schon einmal in einer Irrenanstalt gewesen.

Forensisch wichtig, weil gelegentlich zu strittigen Auffassungen führend, sind ferner die Fälle, in denen es sich um Leute handelt, die zwar früher einmal in der Anstalt waren, dann aber ins Leben zurückkehren konnten, wiewohl der Krankheitsprozeß einen Teil der Individualität vernichtet hatte.

Die Beobachtung eines scheinbar ganz besonnenen Auftretens, die Konstatierung eines leidlichen Gedächtnisses, eines korrekten Rechenvermögens, guter geographischer und historischer Kenntnisse, kurz eines umfangreichen, aus der vor dem Anstaltsaufenthalt liegenden Lebensperiode herübergeretteten Erinnerungsmateriales, können dann, auch wenn man weiß, daß der Betreffende einmal in einer Anstalt war, manchmal bestimmen, ihn höher einzuschätzen, wie er es tatsächlich verdient. Freilich wird in vielen Fällen der zur Begutachtung herbeigezogene Arzt schon sehr bald stutzig, wenn er sich genauer mit dem Betreffenden einläßt. Dann tritt die Unfähigkeit, sich zur logischen Unterhaltung zu sammeln, oft sehr bald zutage, man kann ihn im Gespräch gar nicht fassen, weil er immer abspringt, die Ausdrucksweise ist eine verdrehte, eigentümlich geschraubte, Worte werden falsch gebraucht, neugebildete eingeflochten, Affekt im Wort und mimischer Ausdruck korrespondieren nicht miteinander, kurz man kann bei psychologischer Analyse des Individuums erkennen, daß der innigere Zusammenhang der geistigen Sonderfunktionen Not gelitten hat. Der erste Eindruck dieser Personen darf nicht irreleiten, wenn es sich um die Frage der Verantwortlichkeit handelt. Eine längere Beobachtung erbringt dann doch den Beweis bestehender Urteilsschwache, des Defektes auf dem Gebiet des Fühlens und Empfindens und zeigt oft in drastischer Schärfe, daß von einem bestimmten Zeitpunkt

des Vorlebens an, in welchem das Individuum plötzlich Zeichen akuter geistiger Störung bot, es sich völlig änderte im Sinne eintretender Defektuosität.

Es ist kein Zweifel, daß die Zahl der sich in der Öffentlichkeit bewegenden Fälle mäßiger juveniler Verblödung eine ziemlich große ist. Aus den Gelegenheitsarbeitern und Bummlern der Hafenstädte und Industriezentren, den Landstreichern und Straßenkehrern hebt genauere Sichtung manchen heraus, der infolge Krankheit und nicht aus Unmoral auf die niedre soziale Stufe hinabsank.

Dem am primären Schwachsinn Erkrankten gebührt selbstredend der Schutz des § 51, selbst in Zuständen erheblicher, an Genesung grenzender Remission. Doch müssen wir uns davor hüten, die Diagnose des primären Schwachsinns zu bereitwillig zu stellen. Nicht in jedem zwischen 15 und 25—30 Jahre alten Patienten dürfen wir vorschnell einen ins Gebiet der erworbenen Demenz zu rechnenden Fall erblicken, wozu man in Irrenanstalten bisweilen etwas übereilig bereit ist. Erleben wir doch manchmal, daß Fälle, denen wir baldigen Rückfall prophezeien zu müssen glaubten, bei denen wir nur Remission annahmen, draußen sich als durchaus genesen erwiesen und durch ihre Lebensführung und Leistungen uns ad absurdum führen. — Es kann vorkommen, daß dann später einmal bei irgendwelchen rechtlichen Verwicklungen auf die Tatsache des früheren Anstaltsaufenthaltes hingewiesen und daß dann seitens des Untersuchungsrichters von uns ein Krankenjournal verlangt wird, dessen Diagnose eines primären Schwachsinns der Gerichtsarzt dann mit Recht anzweifelt.

Allerdings kann man stationär gewordenen Fällen von primärer Demenz mit äußerst leichtem Defekt, leichter Urteilsschwäche, mäßig starken ethischen Mängeln begegnen, Fällen, bei denen die ältere Psychiatrie wohl von Heilung mit Defekt sprach. An Zahl werden sie indessen bedeutend übertroffen von jenen, in denen das Ruinenhafte der ganzen Persönlichkeit dem Untersuchungsrichter bei Konflikten entweder sofort auffällt, oder doch sehr bald im Laufe eines Untersuchungsverfahrens deutlich hervortritt.

Als zweite Form des erworbenen Schwachsinns sei die **Dementia paralytica** betrachtet. Sie ist diejenige Geistesstörung, der man am allerhäufigsten bei den auf der Höhe des Lebens stehenden Personen begegnet. Wo immer man bei solchen eine Psychose ausbrechen sieht, ist zunächst stets in erster Linie an die Möglichkeit der Paralyse zu denken. Und wo immer der Richter im Strafverfahren sich Personen gegenüber sieht, die nach einem makellosen Leben Handlungen begingen, in denen sich auffällige ethische Defekte, Mangel an vernünftiger Überlegung, Indifferenz gegen sonst gekannte und erfüllte Pflichten zeigen, da sollte er den Verdacht auf Paralyse nicht ungeprüft lassen.

Ein Zusammenhang mit der Syphilis ist zweifellos, wenn auch nach unsren Beobachtungen kein Zweifel besteht, daß die große Mehrzahl der nach überstandener

Syphilis an Paralyse erkrankenden Personen schon an sich psychische Anomalien besaßen und daß eine gewisse Veranlagung zu psychischen Störungen eine Rolle mitspielt. Es ist klar, daß eine rationelle Bekämpfung der Syphilis auch zur Entlastung der Irrenanstalten beitragen kann.

Die Krankheit charakterisiert sich als ein bald in schnellerem, bald in langsamerem Tempo erfolgender Abstieg auf allen Gebieten der Seelentätigkeit, als ein Verfall der Intelligenz, der Moral, des Urteils. Lähmungen begleiten ihn, bis im Stadium tiefsten Verfalles der tödliche Ausgang durch Komplikationen erfolgt (Lungenentzündung, Druckbrand, Eiterungen usw.).

Das Krankheitsbild ist auf der Höhe ein so typisches und scharfgezeichnetes, daß kaum jemals ein Übersehen zu befürchten ist. Ausgeprägte Fälle, die unter dem Bilde der Erregung mit ausgesprochenen, oft ganz ungeheuerlichen Größenideen auftreten, körperlich auffallen durch den taumelnden Gang, die stammelnde Sprache der Kranken, die wird niemand verkennen und gerichtsärztliche Feststellung wird schnell zum positiven Resultat kommen. — Dagegen ereignet es sich immer auch jetzt noch, daß im Anfang der Störung der Verdacht auf beginnende Geistesstörung gar nicht auftaucht, daß Urteile erlassen werden, deren Unvollstreckbarkeit sich dann nach der Einleitung des Strafvollzuges bald herausstellt.

Der Irrtum ist um so leichter möglich, wenn Individuen in Frage kommen, die von jeher moralisch minderwertig waren, schon Vorstrafen verbüßten, als Alkoholisten vielleicht bekannt waren, kurz, wenn es sich um Leute handelt, die man im allgemeinen nicht so unter die Lupe der Kritik zu nehmen pflegt, wie den bis dahin gutbeleumundeten Menschen. So kann es sich ereignen, daß eine Straftat, die in beginnender Paralyse begangen wurde, erst recht zur Ahndung herausfordert. Es erscheint dem Richter vielleicht ganz angebracht, den Trinker, der sich anscheinend schuldbar selbst ruiniert hat, auf längere Zeit festzusetzen. — So hält nicht selten der Gefängnisarzt die Nachlese und sendet den geisteskranken Verbrecher in die Anstalt, in die er als verbrecherischer Geisteskranker sofort hätte Aufnahme finden sollen. Vom Standpunkte dessen, dem es in erster Linie auf die Entfernung unsozialer Elemente aus der Gesellschaft ankommt, mag es ziemlich egal sein, ob der Betreffende direkt in die Irrenanstalt kommt oder indirekt auf dem Umwege über die Strafanstalt. Für die Familie ist es aber nicht egal, denn angenehmer wird es sein, einen Vater in die Irrenanstalt verbracht zu wissen, der in geisteskrankem Zustande kriminell wurde, wie einen rechtskräftig Verurteilten, der nach dem äußeren Anschein erst im Strafvollzug, scheinbar unter den Einwirkungen des letzteren und infolge von Gewissensbissen, erkrankte. Auch für den Staat können hier Irrtümer sich schwer rächen durch Anträge auf Wiederaufnahme des Verfahrens seitens der Familie und Geltendmachung hoher Entschädigungsansprüche im Falle eines dann erlangten Freispruches.

Am ehesten muß der Untersuchungsrichter stutzig werden, wenn die Anklage sich gegen eine Person richtet, die bis dahin unbestraft war, sich allgemeiner Achtung erfreute, vielleicht gar ein tadelloses Familienleben geführt hat und nun von einem bestimmten Zeitpunkt an ein verändertes Wesen zeigte, reizbar, haltlos wurde, die früher vollgültig erfüllten Pflichten vernachlässigte, kurz sich gegen ehedem auffällig verändert erwies. — Leider kommt es aber oft

genug auch vor, daß dann ein akzidenteller Alkoholismus überlagert, der bei oberflächlicher Betrachtung und Neigung zum Moralisieren nun als Ursache des verwandelten Wesens aufgefaßt wird, während er de facto nur Teilerscheinung ist. — Dieses häufige Vorkommnis enthält ebenfalls eine drastische Warnung gegen die so oft anzutreffende Gepflogenheit, alle „Alkoholisten" mit demselben Maße zu messen, anstatt dem Kausalzusammenhange im Einzelfalle nachzuforschen. Das sind nicht Opfer des Alkoholmißbrauchs, sondern dem Trunk verfallene Geisteskranke, welche in ihrer Haltlosigkeit an den Alkohol gerieten.

Dem Verlust auf intellektuellem Gebiete geht bei jedem Paralytiker oft lange voraus eine auffällige Abstumpfung des Feingefühls für das, was schicklich ist, des natürlichen Taktes, des Empfindens für die Vorschriften der guten Sitte. Je nach der gesellschaftlichen Stufe erregt dies Anstoß. Beim Gebildeten sind es kleine Salopperien in Kleidung und Auftreten, die auffallen, oder ein eigentümlicher Mangel an Respekt vor den ihn umgebenden Verhältnissen und Personen. Er redet vielleicht laut, wo gute Sitte und Anstand ein ruhiges Verhalten verlangen, er läßt eine Achtung der gesellschaftlichen Formen vermissen, läßt sich, zumal im Kreise der Familie, in einer Weise gehen, die bis dahin an ihm fremd war, flicht gern Zynismen ein, gebraucht Schimpfworte, die sonst ihm fremd waren usw. — In zahlreichen Fällen zeigt sich gleichzeitig auch schon jener Zug, dem man bei so vielen Nervenkrankheiten begegnet, die gesteigerte Reizbarkeit: Jähzorn und Brutalität auf geringe oder eingebildete Anlässe hin. Der Kranke, den alles vielleicht nur für nervös, abgespannt, überreizt hält, fängt an, auf Bagatellen hin Vorgesetzte zu brüskieren, Käufer in seinem Geschäft zu beleidigen, Untergebene zu malträtieren, im Kreise seiner Familie bei jeder unwichtigen Gelegenheit Lärm zu schlagen usw.

Die Abstumpfung der Moral und die Reizbarkeit sind es oft, welche den Erkrankenden zuerst in Konflikte mit dem Gesetz treiben. So begegnen wir dem Paralytiker gelegentlich als Sittlichkeitsverbrecher nach Akten, die zunächst wie Exhibitionismus anmuten, faktisch aber nur auf Gleichgültigkeit gegen die Gebote des Anstandes zurückzuführen sind. Oder aber auch nach Akten, die wirkliche Entäußerungen des Sexualtriebes sind. Blutschänderische Angriffe auf nächste Familienmitglieder, die eigenen Kinder, kommen vor. Oder die Reizbarkeit führt zu Hausfriedensbruch. Der Kranke irrt sich in der Wohnung, gerät, hinausgewiesen, in Wut, beleidigt, begeht Körperverletzung oder vielleicht gar Totschlag. — Auch in den Zeiten, in denen die Konzentration zu geistigen Leistungen noch in reduziertem Maße möglich ist und noch zusammenhängende geistige Arbeit geleistet wird, beeinflussen Gedächtnisschwäche und ein Verlust an Überblick oft schon stark das Resultat der Arbeit. Kleine Lapsus können sich einschleichen, die den Anstoß zu kolossalen Fehlern geben, weil doch schon eine Zahl an falscher Stelle

verhängnisvoll werden kann. Das Schätzungsvermögen leidet Not, Wichtiges bleibt liegen, Nebensächliches wird zuerst vorgenommen u. dgl. m.

Aus derartigen Kleinigkeiten können (zumal bei Beamten, Kaufleuten) Verwicklungen entstehen, Anklagen wegen sträflicher Nachlässigkeit im Dienst, Unterlassung usw. Und wenn gar Kassendefekte sich herausstellen, so machen die Fehler gar leicht den Eindruck, wie wenn sie zum Zwecke einer Verschleierung absichtlich begangen seien. So kann der Kaufmann des betrügerischen Bankrotts, der Beamte der Urkundenfälschung geziehen werden, wenn zunächst das Pathologische seines Wesens nicht auffiel. — Reizbarkeit und Unruhe werden oft mißdeutet, in falschem Zusammenhang erblickt, wenn vielleicht der den Überblick verlierende Kranke in auffälliger Vielgeschäftigkeit sich umhertreibt, reist, große Bestellungen und Einkäufe macht. Dann sollen die Strapazen der Reise, der Bahnfahrten usw. die Ursache seiner Nervosität gewesen sein, und ungläubig wird der Auffassung des Arztes widersprochen.

Man kann in solchen Fällen, wenn sich die Anfänge der Paralyse über längere Zeit hinziehen, es oft erleben, daß leichtsinnig seitens der Menschen Schlüsse gezogen, schwere Anschuldigungen der unsinnigsten Art erhoben werden, daß Feindschaften in Familien keimen und ausgetragen werden, die bei sachlicher Betrachtung gar nicht aufkommen dürften. Da flüchtet vielleicht die Gattin vor Brutalitäten des Mannes, und nun gibt man ihr hernach Schuld, daß der Gatte wegen mangelnder Pflege und aus Kummer erkrankt sei; da beschuldigt vielleicht, wie es mir einmal vorkam, die Schwiegermutter die Frau, daß sie krank gewesen sein müsse, unter der Begründung, daß sie doch viermal abortiert und dann ein krankes Kind zur Welt gebracht habe, während in Wahrheit die unglückliche Frau von dem mit florider Syphilis in die Ehe kommenden Manne infiziert wurde. Auch aus solchen Vorgängen können forensische Verwicklungen hervorgehen, aus denen dem Richter nur der Sachverständige einen Ausweg zeigen kann: Beleidigungsklagen, Klagen auf übernommene, aber nicht erfüllte Verpflichtungen usw.

Die Unfähigkeit, seine Lage nach allen Einzelheiten zu überblicken, in Verbindung mit einer euphorischen Überschätzung seines Könnens und seiner Hilfsmittel veranlaßt den beginnenden Paralytiker gerade nicht selten, über seine Verhältnisse zu leben, wahllos von seinem Besitz zu verschenken, Verpflichtungen einzugehen, denen er mit seinen Mitteln nicht gewachsen ist. Das schafft ihm Anklagen wegen Betrug oder zivilrechtliche Belangung auf Erfüllung von Kontrakten und dergleichen Weiterungen mehr, Ereignisse, die ihn nun wieder in Harnisch bringen und ev. zu Affektausbrüchen führen. Später, wenn die Größenideen das Gepräge des Unmöglichen, Phantastischen annehmen, wenn der Kranke mit Milliarden um sich wirft, dann ist die Verkennung nicht gut möglich. Aber in dieser Frühperiode, wo die Pläne oft noch im Rahmen des Möglichen

sich bewegen, kann es geschehen, daß ihre krankhafte Entstehung nicht auffällt, sie erscheinen als Ausfluß „großmänligen", prahlerischen Wesens, dem wohl gar mit verächtlichem Spott begegnet wird.

Es kann nicht Aufgabe des Referenten sein, an dieser Stelle die Einzelheiten des weiteren Verlaufes der Paralyse zu schildern. Der Kursteilnehmer aus juristischen Kreisen möge sich aus populären Schriften, die ja jedem erreichbar sind, über die aus langsam einsetzenden Lähmungen herzuleitenden Störungen der Sprache, der Schrift, des Ganges orientieren. In diesen Beziehungen sowohl wie bezüglich des Niederganges der Intelligenz (Abnahme der Merkfähigkeit, Störungen des Rechenvermögens, Verlust der Orientierung, der Initiative usw.) zeigen sich viele Varianten. Bald trägt das Verhalten von Anfang an das Gepräge indolenter Demenz, bald geht es stufenweise mit Unterbrechungen bergab, jeder Fall hat seine Besonderheiten.

Mit der Diagnose, daß es sich um beginnende progressive Paralyse handelt, ist selbstverständlich die in Frage kommende Persönlichkeit dauernd dem Schutze des § 51 unterstellt. Diese Diagnose steht fest, wenn neben psychischer Schwäche sich die körperlichen Symptome einer Tabes nachweisen lassen. Dann hat jede Kontroverse zwischen dem Richter und dem Arzte aufzuhören über freie Willensbestimmung, relativ gut erhaltene Fähigkeiten usw. mehr. Freilich muß die ärztliche Feststellung der tabischen Symptome, wenn man sie als ausschlaggebend bei noch nicht absolut eindeutigen psychischen Symptomen in die Wagschale werfen will, durchaus einwandfrei erfolgt sein. Pupillendifferenz ist kein Beweis, und bei manchem Fall, den Ärzte als paralyseverdächtig bezeichnen, weist die Prüfung mit einer Pupillenlampe schließlich doch noch Reaktion der Pupillen nach. Ebenso ist manches Patellarphänomen schließlich doch noch nachzuweisen am äquilibrierten Bein. Es ist also hier Vorsicht nötig. Wir dürfen auch nicht vergessen, daß es Fälle von Tabes gibt, bei denen eine Depression nicht paralytischer Natur sich zeigen kann, lediglich als Begleiterscheinung und wieder schwindend, eine Beobachtung, die gelegentlich einmal in Entmündigungsangelegenheiten Bedeutung gewinnen kann.

Weiß der Untersuchungsrichter um die Bedeutung dieser körperlichen Symptome, so kann er vielleicht Gelegenheit nehmen, selbst zunächst einmal sich die Pupillen seines Gegenüber anzusehen und sie am Fenster zu prüfen. Das ist keine Kunst und kann so wichtige Folgen haben. — Daß ihm Sprachstörungen, Stammeln, undeutlich verwaschene lallende Sprache sofort auffallen und veranlassen muß, den Arzt hinzuzuziehen, bedarf kaum der Betonung.

Zur Paralyse ist also vom Standpunkt der forensischen Psychiatrie etwa folgendes zu sagen:

1. Dem Verfall auf intellektuellem Gebiete gehen stets Veränderungen des ethischen Empfindens und der Resistenzfähigkeit voran, die bereits als **Initialsymptome** der Paralyse zu gelten haben, deren Nachweis somit den Kriminellen unter den § 51 stellt.

2. Straftaten Paralytischer fallen fast stets durch **Unbesonnenheit** und **Unvorsichtigkeit** auf. Von Delikten können **alle** vorkommen. Sie erklären sich aus der Vergeßlichkeit, der Erreglichkeit, der Unfähigkeit der Kranken, Impulsen und Trieben noch die nötige Hemmung und Überlegung entgegenzusetzen, der ethischen Indifferenz usw.

3. Bei allen Personen, die in **mittleren Lebensjahren** nach seitherigem Wohlverhalten beruflich Schiffbruch erleiden, eine auffällig gegen früher veränderte Lebensweise zeigen und kriminell werden, ist die Frage, ob Paralyse vorliegen könne, zu stellen.

4. Der Ausbruch paralytischer Seelenstörung bald nach einer Verurteilung berechtigt hinreichend zum Verlangen nach einer **Revision**.

Bei einem Selbstmord im Beginn der Untersuchungshaft kann es gelegentlich von Wichtigkeit sein, festzustellen, ob ein Paralyseverdacht berechtigt war. Ein guter Verteidiger wird in Verfechtung des Interesses nach Rehabilitation verlangender Angehöriger Gelegenheit nehmen, alsdann die Sektion zu veranlassen und die mikroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems zu verlangen. Auch zivilrechtlich kann die Frage, ob Paralyse vorlag, ihre große Bedeutung haben, wenn z. B. seitens Lebensversicherungsgesellschaften die Auszahlung von Versicherungssummen an die Hinterbliebenen von Selbstmördern verweigert wird. In einem meiner Fälle begnügten sich die Ärzte mit der Festlegung des makroskopischen Sektionsbefundes am Gehirn, ein Verhalten, das nicht zu billigen ist.

Als dritte forensisch wichtige Form der Verblödung sei die senile **Demenz** genannt.

Es könnte scheinen, als ob bei dieser Form im Vergleich zu den das mittlere Lebensalter befallenden Verblödungsprozessen die Gefahr des Verkennens eine geringere sei, weil doch gewissermaßen die **Konstatierung der höheren Jahre** schon ein warnendes Signal darstellt und bestimmen muß, die Persönlichkeit genauer zu betrachten. Und doch kommen Irrtümer hinsichtlich der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit älterer Personen häufig genug auch in der Gegenwart noch vor.

Das mag zunächst darin begründet sein, daß eben der Begriff „**Greisenalter**“ ein nach unten nicht immer scharf abgrenzbarer ist, daß die senile Involution bei den einzelnen Individuen zu ganz verschiedenen Zeiten eintritt, bei einem früh, beim andren außerordentlich spät. Wir begegnen Sechzigern, die schon alle körperlichen Zeichen des Verfalls bieten und geistige Ruinen sind, und Siebzigern, die noch in voller Rüstigkeit verantwortliche Posten ausfüllen. — Die Konstatierung, daß eine bestimmte Altersgrenze überschritten ist, kann somit wohl **warnen**, ist aber noch lange kein Beweis dafür, daß bereits Veränderungen des Zentralnervensystems sich eingestellt haben müssen, welche das Geistesleben so störend beeinflussen, daß das Verständnis für die Strafbarkeit bestimmter Handlungen fehlt, die Hemmung völlig aufgehoben, Beeinflußbarkeit durch strafrechtliche Ahndung nicht mehr besteht.

Wir begegnen im allgemeinen bei dem Durchschnitt der Menschen um die 60 herum gewissen seelischen Veränderungen in bezug auf die geistige Aufnahme und Verarbeitung und hinsichtlich des Gemütslebens, die in letzter Linie durch feine Veränderungen in der Struktur der Großhirnrinde hervorgerufen sein müssen. Die Spannkraft erfährt eine Abnahme, die Leistungen werden geringer, der Wagemut sinkt, die Sorge um das eigene Wohl tritt mehr in den Mittelpunkt des Interesses. Auf charakterologischem Gebiete treten Züge hervor, die im allgemeinen die Sympathien andrer eher abschwächen als mehren. Die Neigung, sich korrigieren zu lassen in bezug auf unzutreffende Ansichten, wird geringer, es wird starrer wie sonst an vorgefaßten Meinungen festgehalten, die Zugänglichkeit nimmt ab usw. — Die bewußte oder unbewußte Empfindung des langsamen Rückganges der eigenen Leistungsfähigkeit, die speziell dadurch oft dem Alternden sich deutlich macht, daß er selbst merkt, wie ihm Irrtümer unterlaufen, wie er vergeßlich wird, bewirkt dann oft, daß er um so ängstlicher bemüht ist, nach außen den Schein voller Kraft aufrecht zu erhalten und daß er jedem, der ihm verdächtig wird, als ob er die Autorität des Alters nicht anerkennen wolle, schroff oder gar brüsk entgegentritt.

Von jeher vorhandene Charaktereigenschaften treten mit herannahendem Alter meist schärfer hervor. Der mißtrauisch Veranlagte wird förmlich paranoisch durch seine Neigung, stets Mangel an Pietät und Treue zu wittern. Der an das Zusammenhalten Gewöhnte wird zum Geizhals. Der scharfe Tadler wird zum unerbittlichen Richter, der alles negiert.

Aber auch angenehmere Charakterzüge können sich potenzieren. Neben den verbitterten, scharfen Greisen begegnet man den durch ein Übermaß an Kordialität und jovialem Wesen sich auszeichnenden mit heitrer Lebensanschauung, geneigt zum Verzeihen, geneigt aber auch zu etwas kritiklosen Freundschaftsbündnissen, schwankend in den Ansichten und darum nicht besonders verläßlich.

Es ist hinreichend bekannt, daß die Grundstimmung und die Färbung der Lebensanschauungen (ob herb-kritisch, ob gütig-versöhnend) Bericht und Aussage zu färben pflegen und Greise als Zeugen darum vorsichtig zu nehmen sind.

Von diesen Typen seniler Involution mit erhaltener Intelligenz und völliger geistiger Klarheit zu den als senile Demenz anzusprechenden Zuständen führen zahlreiche Zwischenstufen hinüber, je nach dem Grade des Intelligenzverlustes und der Stärke körperlicher Begleiterscheinungen verschieden.

Von letzteren sind zu erwähnen Unruhe und Unsicherheit auf muskulärem Gebiete, die sich in Zittererscheinungen ausprägen, Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, Schwächezustände allgemeiner Art u. dgl. m., die allgemeine Atrophie auf allen Gebieten, die dem Körper den Stempel der Schrumpfung aufprägt.

Psychisch ähnelt die senile Demenz hinsichtlich der Abnahme der Intelligenz in vielen Beziehungen der *Paralyse*, und zwar so sehr, daß man manchmal kaum entscheiden kann, ob das klinische Bild als eine frühzeitige senile Demenz oder als eine spät im Leben auftretende Paralyse bezeichnet werden soll.

Neben dem Intelligenzverlust, der in schweren Fällen bis zum völligen Erlöschen führen, mit Ausschaltung des letzten Restes von Orientiertheit über die eigene Persönlichkeit und die allernächste Umgebung verbunden sein kann, treffen wir beim Greisenschwachsinn auf *schwächliche Wahnbildung*, mit dem Inhalt der Verfolgungsfurcht und hypochondrischer Sorge; *Sinnestäuschungen*, speziell des Gehörs, sind nicht selten. — In manchen Fällen überwiegt von vornherein die Tendenz zur Apathie, allgemeiner Hemmung, ähnlich dem Bilde der einfachen dementen Form der Paralyse. Die Kranken dämmern im Bette hin in stumpfer Gleichgültigkeit. In andren verleiht eine gewisse *manische Erregung* dem Bilde des Greisenschwachsinns eine besondere Färbung; Unruhe, läppische Heiterkeit, Vielgeschäftigkeit stehen eine Zeitlang im Vordergrunde der Symptome.

*Diese, sagen wir, motorischen Formen sind am meisten zu Verstößen gegen das Strafrecht veranlagt.* Da treibt den schlaflosen Greis nächtlich seine Unruhe im Hause umher, er zündet Licht an, vergißt es zu löschen, oder er geht achtlos damit in Räume, in denen Licht eine Gefahr bedeutet, er vergißt den Gashahn zu schließen, und die fahrlässige *Brandstiftung* ist fertig. Oder er dringt in Wohnungen ein, die ihn nichts angehen, und begeht, zur Rede gestellt, *Beleidigungen, Hausfriedensbruch.*

Dem äußerlich noch nicht blöd erscheinenden, aber doch schon krankhaft vergeßlichen Greise begegnen wir gelegentlich unter der Anklage des *Meineids* (Offenbarungseide seniler Bankrotteure). Herrscht auch zumeist in den Delikten der Greise eine Schwäche vor, ein Mangel an Energie und Impulsivität, so daß im allgemeinen schwere Gewalttaten nicht in Frage kommen, so lehrt doch die Kasuistik, daß auch *die allerschwersten Angriffe auf das Leben* vorkommen können. Nicht selten spielen dann *pseudoparanoische* Vorstellungen eine Rolle, z. B. *Eifersuchtideen*, die zur Tötung der Ehegattin führen. — Indessen pflegen derartige Vorkommnisse zum Glück selten zu sein.

Ein, man möchte sagen, *spezifisches Delikt des Seniums* stellt das *Sittlichkeitsdelikt* dar. Wie es zustande kommt, ob im Alter der Sexualtrieb sich nach einem Zurücktreten stärker wieder geltend macht (Johannistrieb), oder ob es sich um von jeher sexuell begehrliche Individuen handelt, die aus Mangel an Hemmung sich vergehen, kann unentschieden bleiben. Tatsache ist, daß alljährlich eine große Anzahl von Personen, die im höheren Alter stehen, wegen Vergehen wider die

Sittlichkeit angeklagt und verurteilt werden, und daß es sich oft um Leute handelt, die niemals vorbestraft waren und als ehrenhafte Menschen galten.

Kein Untersuchungsrichter sollte in solchen Fällen es unterlassen, eine psychiatrische Prüfung zu verfügen, die aber nie durch den Gerichtsarzt im Gefängnis, sondern stets durch den Fachpsychiater in der Anstalt vorgenommen werden sollte. Die Vorarbeiten eines Gutachtens in solchen Fällen, bei denen der Verdacht auf ein Überschreiten der Grenze physiologischer seniler Involution nach der pathologischen Seite hin in Frage kommt, erfordern eine derartige (genauere Prüfungen der Merkfähigkeit, der Assoziationen, der höheren psychischen Funktionen in allen feineren Einzelheiten) Mühe, daß ein paar Vorbesuche und oberflächliche Unterhaltungen nicht als genügende Basis einer gutachtlichen Äußerung erachtet werden können.

Ob es sich nicht ermöglichen ließe, die Sittlichkeitsdelikte der Greise auf ein Minimum zu reduzieren, lasse ich unentschieden. Ich möchte es bejahen. Fast stets handelt es sich um Personen, die mit der Aufsicht über Kinder betraut wurden, welche ihnen gar nicht hätte übertragen werden können, wenn die Familie etwas vorsichtiger war. So oft tritt an senilen Personen, die einmal zum Sittendelikt sich versteigen könnten, eine Neigung zur läppischen Erotik hervor, zu Zynismen und sexuellen Anzüglichkeiten, die entschieden in vielen Fällen, zumal in gebildeten Kreisen, zur Prophylaxe veranlassen sollte.

Mehr wie auf anderen Gebieten dürfte bei Delikten seniler Personen in Fällen, die eine unbedingte Anwendung des § 51 nicht angezeigt erscheinen lassen, der Satz „in dubio pro reo“ Beachtung verdienen. — Andrerseits sollte aber auch jeder Sachverständige sich in acht nehmen, bei Delikten seitens Personen, die noch unter 60 stehen und auch körperlich keine Andeutungen früher Involution oder von Arteriosklerose zeigen, mit der Annahme beginnender seniler Demenz zu bestimmt aufzutreten. Ich habe einmal als Sachverständiger in einer Sache zu tun gehabt, in der es sich um Unterschlagungen seitens eines 54jährigen handelte, der von jeher als geizig, in Geldsachen nicht besonders lauter galt, und von dem nun eine Unzahl von Zügen kleinlicher Handlungsweise berichtet wurde, durch welche ein seniler Verarmungswahn bewiesen werden sollte. Die Verteidigung führte meiner Ansicht, daß der Betreffende verantwortlich zu machen sei, zwei andere Herren entgegen, welche den Beklagten als im Beginne seniler Demenz stehend bezeichneten und für Freispruch eintraten. Trotzdem kam es zur Verurteilung im Sinne meiner Stellungnahme zur Frage der Zurechnungsfähigkeit. Seitdem sind vier Jahre verflossen und der betreffende damals Verurteilte führt ein Geschäft. Seine Verfügungsfähigkeit wurde von den Seinen niemals als reduziert bezeichnet, obwohl nichts näher gelegen hätte, wie ein Antrag auf Entmündigung bei einem Hervortreten deutlicher Züge seniler Schwäche, dessen Erfolg dann recht wohl den Antrag auf Revision hätte begründen können!

### III. Transitorische Geistesstörungen und ihre forensischen Beziehungen.

Die hier zunächst zu betrachtenden Störungen der Melancholie und Manie imponieren dem nichtärztlichen Beobachter darum manchmal zu-

nächst nicht als Störungen der Geistestätigkeit, deren Träger dem § 51 zu unterstellen sind, weil diese äußerlich klar und orientiert erscheinen und von den Symptomen, ohne welche der Laie Geisteskrankheit sich nicht recht vorstellen kann (Sinnestäuschungen, Wahnideen, tobsüchtige Erregung) nichts bieten. Zudem wird sehr gern in einer melancholischen Verstimmung bei Angeklagten der Ausfluß der Angst vor Strafe und des Schuldbewußtseins, nicht aber eine Krankheit erblickt.

Der Grad der Stärke gemütlicher Depression bei dem Gesunden ist individuell sehr verschieden. Äußere Umstände, Temperament, das Auftauchen tröstender Momente bestimmen die Intensität und Dauer trauriger Affektzustände. Motivierte Gemütsverstimmungen, welche in ihrer Stärke dem Anlaß proportional sind, fallen nicht in die Breite des Pathologischen und haben mit der forensischen Psychiatrie nichts zu tun.

**Melancholie** nennen wir die grundlose unmotivierte oder doch zum auslösenden Moment in gar keinem Verhältnis stehende traurige Verstimmung, die begleitet wird von psychischen Hemmungen, oft auch von Wahnideen egozentrischen Inhaltes, meist auch von körperlichen Begleiterscheinungen, Ernährungsrückgang, Kräfteverfall.

Die Störung befällt Personen jeden Alters und Geschlechtes. Nicht selten schließt sie sich an an körperlich schwächende Ereignisse und physiologische Vorgänge, z. B. Laktation und Klimakterium.

Bezüglich des Verlaufes der Störung (zunehmende Indifferenz gegen alle Lebenswerte, wachsendes Empfinden der eigenen Schwäche und Leistungsunfähigkeit, krankhaftes Grübeln über den eigenen Zustand und wahnhafte Erklärungsversuche im Sinne des eigenen Unwertes, der Sündhaftigkeit und Verworfenheit, explosive Entäußerung der inneren Spannung in Selbstmordversuchen, oft nach homizidalen Handlungen) muß auf die Darstellungen der Lehrbücher verwiesen werden. — Aus den charakteristischen Symptomen ergeben sich die strafrechtlichen Beziehungen. Zunehmende Apathie kann zur Vernachlässigung von Berufspflichten führen: Unterlassungsdelikte, die leicht den Verdacht absichtlicher Vernachlässigung und der Verschleierung erregen können. — Krankhafte Deutungsbestrebungen veranlassen Selbstbezichtigung, die man als typische forensische Handlung der Melancholiker bezeichnen kann. Auf Grund unzutreffender Selbstanklagen sind schon umfangreiche Verfahren eingeleitet worden. — Am häufigsten begegnen wir dem Melancholiker als Totschläger, der die Seinen aus Verarmungsideen opferte und ihnen selbst in den Tod folgt.

Für den Sachverständigen ist es leicht, den Nachweis der Unzurechnungsfähigkeit zu führen, wenn ein melancholisches Motiv in der Tat ersichtlich ist und zur Zeit der Begehung bereits das Krankheitsbild ein komplettes war. Schwieriger ist seine Aufgabe, wenn der

Konflikt mit dem Strafrechte in die Initialperiode fiel. Die Zunahme der Depression kann dann als Reaktion auf die Einleitung des Strafverfahrens erscheinen. Andrerseits muß aber auch zugegeben werden, daß eine Versetzung in Anklagezustand bei psychopathischen Persönlichkeiten an sich schon recht wohl eine Gemütsdepression durchaus krankhafter Art auslösen kann, ohne daß für die Zeit der Straftat dies entschuldigende Moment geltend gemacht werden darf. Solche Fälle von Melancholie nach der Tat stellen den Gutachter vor schwierige Aufgaben, zumal wenn dann Simulationsversuche hinzukommen. Letztere haben oft das Charakteristische, daß sie infolge der Urteil und Überlegungsvermögen trübenden pathologischen Angst äußerst plump und grob sind (Verfehlen oder bizarres Beantworten der einfachsten Rechenfragen, falsche Bezeichnung der alltäglichen Gegenstände). Der gesunde wiewohl stark deprimierte Mensch wird nie zu so plumper Täuschung sich versteigen. Sie ist somit ein Zeichen von diagnostisch ausschlaggebender Wichtigkeit, das nicht mißdeutet werden sollte, gelegentlich aber leider bestimmt, alle Krankheitserscheinungen und melancholische Äußerungen für simuliert anzusehen.

Selbstmorde Melancholischer in Anstalten können für den Arzt verhängnisvoll werden, insofern als man ihn der Fahrlässigkeit zeiht und Entschädigungsansprüche stellt. Andrerseits perhorreszieren gerade die Angehörigen von Melancholischen meist die gemeinschaftliche Pflege unter Überwachung und drängen auf freiheitliche Behandlung ihrer Kranken! Der Jurist sei zurückhaltend in der Beurteilung solcher Fälle, denn selbst in den bestgeleiteten Anstalten kann einmal ein Selbstmord gelingen. Wenn es sich häufiger ereignen sollte, daß Ärzte eine schonende Behandlung von Melancholischen durch hohe pekuniäre Entschädigungen an die Hinterlassenen eines Selbstmörders büßen müssen, so wird dies der freiheitlichen Entwicklung des Anstaltswesens sicher schaden.

Einen gewissen Gegensatz zur Melancholie bildet die **Manie**, maniakalische Gemütsverstimmung, insofern als hier geistige Regsamkeit und motorischer Impuls krankhaft gesteigert sind. Es zeigen sich Ideenflucht, gehobene Stimmungslage, Fortfall der Hemmungen, gesteigerter Bewegungs- und Rededrang.

Die ältere Psychiatrie nahm, was hier nebenbei des Namensgleichklanges wegen erwähnt sein möge, sog. „Monomanien“ an, d. h. Zustände von eigentümlicher geistiger Veranlagung mit triebartiger verbrecherischer oder irgendwie unsozialer Entäußerung, z. B. Kleptomanie oder Pyromanie oder Poriomanie (krankhafter Wandertrieb), Erotomanie usw. bei im übrigen normaler psychischer Beschaffenheit. Diese Auffassung ist verlassen worden, da die genauere Analyse erkennen lehrte, daß derartige abnorme Neigungen stets Teilerscheinungen psychischer Störung darstellen. Mit dem Krankheitsbild der Manie haben diese Monomanien somit nichts zu tun.

Die maniakalische Geistesstörung pflegt nach sechs- bis achtmonatlicher Dauer in Genesung auszulaufen. — Wir begegnen ebenso wie bei der Melancholie Krankheitsbildern der verschiedenartigsten Intensität, von denen forensisch wichtig speziell die-

jenigen Formen sind, in welchen die Symptome in mäßiger Stärke hervortreten, der Kranke relativ geordnet und orientiert ist, aufgeregt, wie trunken, erscheint. Man spricht dann von Hypomanie oder subakuter Manie.

In ausgeprägten Fällen leitet zum Stadium tobsüchtiger Erregung eine Zeit hinüber, in welcher der Erkrankende gegen seine sonstige Gewohnheit heiter, beweglich, vielgeschäftig, kordial ist. Dabei weiß er aber über Zeit, Ort, Umgebung usw. Bescheid und kann auch veranlaßt werden, in zusammenhängenden Worten Rede zu stehen. In manchen Fällen schließt sich an dieses Stadium unmittelbar, ohne daß es zu heftigen Erregungen mit Zerstörungsdrang und Gewalttätigkeiten von äußerster Heftigkeit kommt, der Übergang in Beruhigung und Genesung an.

Diese Fälle, welche oft gar nicht in die Anstalt gelangen, sind der Verkennung am meisten ausgesetzt. Die Freundschaftsbezeugungen der Kranken werden für Bonhommie genommen, alle Welt heißt sie wegen ihrer Lustigkeit willkommen und hat Spaß an ihren burschikosen Wendungen, ihrem spöttischen, sarkastischen Wesen, das vor niemandem Respekt kennt. Man profitiert gern von ihrer Freigebigkeit, folgt ihren Einladungen ins Wirtshaus. Oft genug gelten sie von Anfang an wegen ihrer sonderbaren Heiterkeit als Trunkene, und es wird vielleicht in der Vermutung, daß es sich um solche handelt, gegen sie eingeschritten, wenn sie singend ihre Straße ziehen.

Weibliche Personen beginnen in hypomanischen Zuständen zu zerstören, ihre Kleidung zu verschenken und unsinnige Einkäufe zu machen, arrangieren gegen sonstige Gewohnheit Feste daheim, werden anshäusig und betätigen oft ihren gesteigerten Erotismus durch Preisgabe ihrer Geschlechtsehre. So können Geschlechtskrankheiten erworben und in die Familie getragen werden.

Die Reizbarkeit der Hypomanischen, die keine Autorität anerkennen, veranlagt sie zum Delikt der Beleidigung, des Hausfriedensbruches, der Körperverletzung. In der Erregung werden gelegentlich Beamte beschimpft, Majestätsbeleidigungen ausgestoßen, oder der Kranke legt sich falsche Titel und Würden zu. Überschätzung seines finanziellen Könnens veranlaßt ihn zum Renommieren in Wirtschaften, er ladet alle Welt ein und steht hernach als Zechpreller und Betrüger da. Er kauft und bestellt über sein Können und beruft sich auf Referenzen, die ihn später ablehnen. Oder er übernimmt leichtsinnig Bürgschaften, denen er nicht gewachsen ist. Vorspiegelung falscher Tatsachen, Betrug, Kauf auf Borg ohne die Möglichkeit der Deckung sind spezifische Delikte des Maniacus. Bei den Einkäufen fällt meist sofort das Unsinnige des Tuns auf, da Dinge und Mengen gekauft werden, für die der Kranke überhaupt oder doch in dem gewählten Umfange gar keine Verwendung hat.

Zu beachten ist, daß Manische eventuell erst vor Gericht zu erscheinen haben wegen eines in krankhaft verändertem Geisteszustande begangenen Deliktes, wenn die Störung bereits abgeklungen ist. Der

Rekonvaleszent fällt dann vielleicht gar nicht mehr auf, und der Richter wird durch nichts in seinem Benehmen auf die Vermutung gebracht, daß die inkriminierte Handlung von einem Kranken ausgeführt wurde. — Nichts wirkt wohl überzeugender auf ihn, wie die Gegenüberstellung der Bilder des Kranken in seinen normalen Tagen und in den Phasen manischer Exaltation. Dort: ein ruhiger, dem Erwerb nachgehender, für die Seinen besorgter, verläßlicher Mensch, Beruf und Amt treu ausfüllend. Hier: ein lasziver, reizbarer, ausschweifender Besserwisser, verschwenderisch, haltlos, planlos vagierend usw. Noch überzeugender muß diese Gegenüberstellung kontrastierender Bilder wirken, wenn wiederholt manische Perioden im Leben sich nachweisen lassen. Oft werden Personen wechselnd von melancholischer und manischer Störung befallen. Zwischen zwei Anfällen von mehrmonatlicher Dauer können Jahre völliger geistiger Gesundheit liegen. Nicht selten werden die gesunden Intervalle indessen kürzer und kürzer, und es stellt sich ein dauernder psychischer Schwächezustand ein. — In die Krankheitsgruppe der Maniaci sind auch manche periodische Querulanten zu rechnen.

Der praktische Arzt ohne eingehende psychiatrische Fachkenntnis, dem es nicht möglich ist, den von ihm auf seine Anstaltsbedürftigkeit zu prüfenden Fall genauer zu beobachten, sollte die Diagnose einer Melancholie oder Manie nur mit Reserve stellen, da melancholische und manische Zustandsbilder in den Initialstadien zahlreicher Formen geistiger Störung beobachtet werden können mit minder guter Prognose, wie sie sonst den reinen Krankheitsbildern der Melancholie und Manie zukommt.

Mit der Fehldiagnose Melancholie oder Manie gelangen nicht selten auch die Vertreter jener eigentümlichen Psychose, die man als Katatonie bezeichnet, in die Anstalten. Die Störung kann von Anfang an jede Remission vermissen lassen und unmittelbar zum Blödsinn führen. Doch kommt auch Ausgang in Genesung zur Beobachtung. Ebenso häufig sind Wiederholungen der Anfälle mit definitivem Ausgang in Geistesschwäche mehr oder minder hohen Grades. — Der Umstand, daß das Krankheitsbild der Mehrzahl der praktischen Ärzte nicht hinreichend bekannt ist, rechtfertigt eine kurze Darstellung der Symptome an dieser Stelle.

Nach unbestimmtem Vorstadium nervöser Reizbarkeit, unbestimmten Sinnestäuschungen, hypochondrischer Stimmung, Erscheinungen, die manchmal auf körperliche Störungen, fieberhafte Allgemeinerkrankungen zurückzuführen scheinen, verfallen die Kranken in einen Melancholie vortäuschenden Zustand, oder es kommt eine manische Erregung zum Ausbruch. Beide sind aber etwas ganz anderes wie Melancholieen und Manieen. Wenn ein scheinbar melancholisches Bild die Störung einleitet, so handelt es sich um schwere Hemmung, um einen Stupor in Verbindung mit abnormen Muskelzuständen von eigenartiger Spannung, die der Störung den Namen beschert haben. Entweder sind die Muskeln starr bis zu dem Grade, daß jede passive Bewegung des Kranken unmöglich wird, oder es bestehen jene Zustände wächserner Biegsamkeit, die man als Katalepsie bezeichnet. Dabei ist das Bewußtsein oft durch massenhafte Sinnestäuschungen verändert. Diese

Zustände, deren Dauer bis zu Monaten, ja bis zu Jahren währen kann, welche der Pflege die äußersten Schwierigkeiten zu bereiten vermögen, können abgelöst werden von tobsüchtigen Erregungen, die für den Kundigen sich ebenfalls von denen des Maniakalischen unterscheiden. In der motorischen Unruhe, den sprachlichen Wendungen fällt eine Neigung zur Stereotypie, zur Wiederholung stets der gleichen Bewegungsreihen und sprachlichen Äußerungen auf. Interkurrent stellen sich oftmals vorübergehende Ruhezustände ein, in denen die Kranken relativ geordnete Antworten geben, sich als orientiert erweisen.

Auch in den Momenten der Erregung macht das Verhalten oft den Eindruck des planmäßig Gewollten in so hohem Grade, daß die Handlungen des Kranken förmlich wie überlegte Akte rein gewalttätiger Bestrebungen erscheinen. — In den Zwischenpausen macht sich oftmals jener eigentümliche Zug paralogischen Nebenherredens geltend, den man neuerdings in der Literatur wohl als „Ganser'sches Symptom" bezeichnet findet, der aber von jeher auch den älteren Irrenärzten bekannt war: die Antworten lassen erkennen, daß der Sinn der Frage begriffen sein muß, aber sie sind falsch, verzerrt, bizarr, muten wie Spott an. Die einfache Rechenfrage wird spielerisch falsch gelöst, z. B. $2 \cdot 2 = 5$; Gegenstände von Eisen sind Holz, das Zwanzigmarkstück wird als Pfennig benannt und Ähnliches mehr. — Handelt es sich um notorisch Geisteskranke ohne forensische Verwicklungen, so wird jeder trotz solcher Antworten oder vielleicht gar wegen solcher Antworten sie für geisteskrank halten. — Wenn wir aber diesem Zug bei Objekten des Strafvollzuges neben brüsker Erregung und noch dazu bei relativer Klarheit begegnen, dann verkennt der mit dem Krankheitsbilde nicht Vertraute manchmal das Pathologische dieser Zustände.

Vorübergehende Stuporbilder und andrerseits paralogische Antworten erwecken dann leicht den Verdacht der Simulation, den Akte zähen negativistischen Widerstrebens dann vielleicht noch stärken. Aus den in den Verdacht der Simulation geratenen Sträflingen hebt sachverständige Sichtung nicht gerade selten Katatonen heraus, deren Widerstand man oft lange vergeblich durch Disziplinarmittel zu brechen suchte.

Da auch das sexuelle Moment bei Katatonen eine Rolle spielt, so begegnet man ihnen auch unter den Sittlichkeitsverbrechern.

Wer katatonische Anfälle durchgemacht hat, ist bezüglich der Zurechnungsfähigkeit weit vorsichtiger zu behandeln, wenn er gegen die Gesetze verstößt, wie der vorübergehend manisch oder melancholisch Gewesene. In der Mehrzahl der Fälle sind die von dieser Störung relativ Genesenen verschrobene, sonderbare Charaktere, voll Eigenheiten und Bizarrerien, es haftet ihnen etwas Automatenhaftes an, das im intimeren Zusammenleben auffällt.

Die Betrachtung aller dieser Formen transitorischer Geistesstörung lehrt also, um das scharf hervorzuheben, den Richter, daß die genaue Diagnose gar nicht immer so einfach ist; daß oft nur fachärztliche längere Beobachtung Klarheit schaffen kann; daß nach der Beobachtung des Augenblicksbildes die Diagnose sich nicht immer sofort stellen läßt, sondern daß die Anamnese eine gewichtige Rolle mitspielt. Wer dies erwägt, dem wird es verständlich sein, wenn bei der Konstatierung früher überstandener Geistesstörung in der Anamnese

strafrechtlicher Fälle der Arzt zunächst vielleicht sich sehr reserviert ausspricht.

Auch die Requisition des in einer Irrenanstalt über den in Frage kommenden Menschen geführten Krankenjournales wird ihm bei dem Versuch, die Natur, der überstandenen Störung klar zu stellen, oftmals nicht sofort aus der Verlegenheit helfen. Denn die Krankengeschichten vieler Irrenanstalten sind leider auch in der Gegenwart immer noch nichts andres, wie Aufzeichnungen über das Verhalten der Insassen gegen die Anstaltsdisziplin und lassen im Stich, wenn man Aufschluß über das Denken, Fühlen und Empfinden wünscht, wenn man die Form der sprachlichen Erregung genauer charakterisiert, ihren Inhalt analytisch behandelt haben möchte. Und die Diagnose, die man gab, entspringt nicht überall sorgsamer Abwägung der Gesamtsumme der Symptome, sondern oft dem von Augenblicksansichten beeinflußten Bestreben einer Einordnung des Falles in das Schema der Reichsirrenstatistik.

Freilich, muß man zur Entschuldigung hinzusetzen, liegt das oft genug am Ärztemangel und an dem Umstand, daß der junge Arzt ohne psychiatrische Vorbildung seine Tätigkeit begann und wesentlich auf autodidaktische Bewältigung der Materie angewiesen war.

### IV. Die strafrechtlichen Beziehungen der Paranoiker.

Die mit dem Namen Paranoia bezeichnete Störung der Geistestätigkeit charakterisiert sich dadurch, daß bei jemandem sich unwiderleglich falsche Vorstellungen herausbilden, von denen keine Logik der Tatsachen ihn abzubringen vermag. Sie fixieren sich, durchsetzen den gesamten Vorstellungsinhalt, treten in den Vordergrund des Interessenkreises, beeinflussen die Auffassung des Erkrankten bezüglich seiner Umgebung und seiner Lebensverhältnisse und bestimmen ihn, seinen unzutreffenden Vorstellungen Einfluß auf sein Handeln zu gewähren. — Sinnestäuschungen können komplizierend hinzutreten.

Die Besonnenheit ist oft auch auf der Höhe der vollentwickelten Störung völlig gewahrt. Die Summe erworbener Kenntnisse und Fertigkeiten erfährt keine Einbuße, die Fähigkeit zum folgerichtigen Denken bleibt erhalten, soweit nicht auf einzelnen Gebieten der Wahn seinen Einfluß ausübt und den Gedankengang in falsche Bahnen drängt.

Die Krankheit ist chronisch, unheilbar, läßt aber die Lebensdauer unbeeinflußt. Sie verläuft in bald schnellerem, bald langsamerem Tempo zur geistigen Schwäche. Ihre forensische Bedeutung ist eine erhebliche, da ihre Träger infolge der erhaltenen Besonnenheit, des Fehlens von Defekten der Kenntnisse bei oft bestehender

Fähigkeit, einen Beruf auszufüllen, dem Laien ganz vernünftig erscheinen. Ihre Rede- und Schriftgewandtheit täuscht oft gerade eine besonders hohe Intelligenz und Energie vor und läßt sie wenn auch „verbohrt und in einseitigen Anschauungen befangen", so doch keineswegs geistesgestört erscheinen.

Der Beginn der Verrücktheit (d. h. der Krankheit welche nach und nach den Standpunkt ihres Trägers zur Gesellschaft „verrückt") ist ein schleichender. Zumeist kommen Personen des mittleren Lebensalters in Betracht. Oft wird lange vor dem deutlichen Ausbruch der Störung ein mißtrauisches, reizbares Wesen, Neigung zur Absonderung beobachtet. Sonderbare Gewohnheiten fallen oft auf: Neigung, hinter verschlossenen und besonders gesicherten Türen zu leben, Verhängen der Fenster, Vermummungen und Ausgang zu ungewöhnlichen Zeiten usw. So gelangt der Kranke oft zunächst in den Ruf des Sonderlings.

Im Beginn jener Form der Paranoia, in welcher es sich wesentlich um Heransbildung eines Verfolgungswahns handelt, zeigen sich Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen. Schon jetzt kann es zu Verwicklungen mit dem Kranken verdächtig erscheinenden Personen kommen. Er stellt vielleicht die nach seiner Vermutung ihm Übelwollenden, macht Vorhalt, beleidigt sie. Sie remonstrieren oder entfernen ihn unsanft, gehen eventuell gerichtlich gegen den Lästigen vor: ih mist damit ein weiterer Beweis ihrer Feindschaft erbracht. Seine Parteigänger verkennen den chronologischen Gang der Dinge und sind ebenfalls der Meinung, daß er der Angegriffene, nicht aber der Angreifer ist.

Werden bizarre, das Gepräge der Unmöglichkeit tragende Wahnideen geäußert (Verfolgung durch Freimaurer, Sozialdemokraten usw., Beziehungsideen anknüpfend an Zeitungsnachrichten, Behauptungen hoher Abkunft usw.), so pflegt auch der Blick des Laien bald der Sache auf den Grund zu dringen; ebenso, wenn Sinnestäuschungen bestehen (Stimmenhören, Erscheinungen von Geistern, heimliche Beeinflussungen durch Magnetismus und Elektrizität usw., kommen solche Personen in forensische Verwicklungen, so wird die Gefahr, daß sie verkannt werden, gering sein. Anders, wenn der Wahn im Bereich der Möglichkeit liegt, mit Überzeugungstreue und mit Unterstützung von Scheinbeweisen vorgetragen wird.

Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen festigen sich zur Wahnvorstellung. Wie weit der Paranoiker sich von ihr zum Handeln treiben läßt, hängt zum Teil von seinem ursprünglichen Naturell ab: impulsiv veranlagte Kranke — energische, affektvolle Draufgänger; bedächtige Naturen — passive Reaktion, Versuche sich dem imaginären Gegner durch Wohnungswechsel zu entziehen, ihn aus seiner Stellung zu bringen, um so seiner ledig zu werden. So erscheint der Paranoiker

manchmal als Vagant, der jahrelang unterwegs war, beständig seine Stellen aufgab ohne ersichtlichen äußeren Grund, oder als Quäler seiner Untergebenen (Paranoiker in leitenden Stellungen), oder als Hetzer gegen Mitarbeiter, die er durch Denunziationen zu verdrängen sucht.

Von Wahnideen im Bereich der Möglichkeit verdient zunächst Erwähnung die Vergiftungsidee bezw. die Wahnvorstellung. körperlich geschädigt, unheilbar krank zu sein. Manche der hierher zu rechnenden Kranken gelten lange als Hypochonder, Neurastheniker oder Hysteriker und stellen ein Kontingent zu den Insassen offener Kuranstalten, ohne daß sie bei den Ärzten als geisteskrank gelten. Es sind Fälle beobachtet, daß solche Kranke schließlich in ihrem Arzte einen Gegner vermuteten, der sie mutwillig geschädigt habe, und gegen ihn Gewalttätigkeiten begingen oder Entschädigungsklagen einreichten.

Die Behauptung eines noch unerkannten Paranoikers, daß er von jemandem vergiftet sei, kann scheinbar auf den ersten Blick einen realen Hintergrund haben, wenn es sich beispielsweise um zusammenlebende und miteinander vielleicht infolge paranoischer Beargwöhnungen zerfallene Personen handelt. Noch leichter kann ein Verdacht berechtigt erscheinen, wenn die Behauptung eines Giftmordversuchs vergesellschaftet mit der des ehelichen Treubruchs uns entgegentritt. Krankhafter Affekt erscheint dann als Ausdruck berechtigter Entrüstung. Der Vergiftungsversuch erscheint als Ausfluß des Bestrebens, einen betrogenen Ehegenossen aus dem Wege zu schaffen und so allem Weiteren sich zu entziehen.

Eifersuchtswahn, d. h. die krankhafte, auf Nichts oder doch auf nicht stichhaltige Beweise begründete Überzeugung von der ehelichen Untreue des Ehegenossen, ist eine sehr häufige Form der Paranoia. Er kann als Teilerscheinung des chronischen Alkoholismus beobachtet werden, kommt aber auch bei Personen vor, welche niemals Alkoholisten waren, bei Männern sowohl wie bei Frauen. Er kann sich auf Quälereien des beargwöhnten Gatten beschränken, um sich dann vielleicht in einem feindseligen Testament zu betätigen, führt aber auch gelegentlich zu den schwersten Gewalttaten (Gattenmord, Familienmord). Nicht selten veranlaßt er Ehescheidungsklagen mit ganz ungeheuerlichen Massenanschuldigungen. — Bisweilen erhält die Behauptung der ehelichen Untreue mit der Zeit einen realen Hintergrund dadurch, daß sich der beklagten Ehefrau Freunde der Familie annehmen. Aus einem anfänglich von den lautersten Motiven getragenen Schutzverhältnis können unter Umständen intimere Beziehungen erwachsen, so daß der klagende Gatte Recht zu haben scheint. Eventuell legt er auch von der zu Unrecht verdächtigten Ehegattin unter Gewaltandrohungen erpreßte, schriftliche Schuldbekenntnisse vor. — Typisch

für diese Fälle pflegt das Maßlose der Anschuldigungen, die Affektbetonung zu sein, die Eifersuchtsidee hat alle anderen Lebensinteressen überwuchert, wird mit äußerster Konsequenz einsichtslos verfochten. (Anzweifeln der Legitimität der eigenen Kinder, Verlangen der Namensänderung in den standesamtlichen Listen usw.) Weiter muß dem Richter sofort auffallen, daß die Wahnvorstellung erst in einem bestimmten Lebensabschnitt auftauchte und im Laufe der Zeit dann zu einer völligen Veränderung der Persönlichkeit führte.

Eine weitere wichtige Sonderform der Paranoia im Bereiche der Möglichkeit stellt der Querulantenwahn, die querulierende Verrücktheit dar.

Einem Pseudoquerulantentum begegnet man auch bei angeboren Schwachsinnigen, Degenerierten, Psychopathen, also bei Personen mit Geisteszuständen, welchen der Zug der Rechthaberei eigen ist. Das echte, folgerichtig bis in seine letzten Konsequenzen durchgeführte Querulantentum ist eine Domäne des Paranoikers.

Wenn man von Querulantentum spricht, so ist zunächst mit allem Nachdruck zu betonen, daß Querulieren, rechthaberisches Prozeßführen, an sich nichts Pathologisches ist. Eine große Zahl Menschen gibt es, die auf Grund eines einseitig scharf entwickelten Rechtsbewußtseins und leichter Reizbarkeit stets geneigt sind, bei Verwicklungen die Gerichte anzurufen, von Instanz zu Instanz zu gehen, weil sie ein Urteil nicht anerkennen wollen, alle Rechtsmittel zu erschöpfen, ehe sie sich zufrieden geben. Ihre Zahl ist so schon groß, sie würde wohl noch größer sein, wenn das Verlangen mancher Kreise nach kostenloser Rechtspflege anerkannt würde.

Aber am Ende fügen sich diese Leute auf Grund der Erwägung, daß ein weiterer Kampf rechtlich unmöglich ist. — Oft genug mag eine gewisse Animosität fortbestehen, und nicht eben selten wird angeblichen Mängeln der Vertretung die Schuld der Niederlage beigemessen, auch wohl von Parteilichkeit des Gerichtes im Unmut gesprochen. Wer verdenkt es dem Manne von niederer Bildungsstufe, wenn er sich über die Achsel angesehen glaubt und über den ganzen Juristenstand dann schimpft. Trotz dieser kleinen Unsachlichkeit wird er doch in der Person des entscheidenden Richters nur die Verkörperung der rechtsprechenden Behörde, nicht einen persönlichen Feind sehen. Nach dem Urteil der letzten Instanz wird er sich in die dadurch geschaffene Rechtslage fügen und die Kosten murrend tragen. Die erlittene Niederlage wird verschmerzt, die Erinnerung verblaßt und neue Interessen beherrschen die Lebensführung.

Anders der querulierende Paranoiker: Rechtliche Beeinträchtigungsvorstellungen, die Idee, stets und ständig absichtlich benachteiligt zu werden, wachsen langsam bei ihm aus, werden unwiderleglich fixiert, treten in den Mittelpunkt aller seiner Erwägungen, drängen alle anderen Interessen im Laufe der Jahre in den Hintergrund und gewinnen eine solche Herrschaft über den Kranken, eine zwingende Gewalt von solcher Stärke, daß er nur noch dem Wahne lebt und in skrupelloser Verfechtung seiner behaupteten Rechte aufgeht. Alle Nachteile, die er erleidet, gelten ihm nicht als Folge ihm ungünstiger forensischer Konstellationen, sondern als Resultat gegnerischer Bestrebungen. Die Empfindung für sachliches Erwägen und sachliches Handeln geht bei ihm unter, an ihre Stelle tritt eine Auffassung, welche

überall persönliche Invektive und Mißgunst wittert oder von ihrem Vorhandensein überzeugt ist. Wer nicht für ihn ist, der ist seiner Ansicht nach wider ihn. Ihm wird sein Recht nach seiner Meinung vorenthalten. Warum soll er sich innerhalb der Grenzen gesetzlicher Ordnung halten. Dann hat auch er keinen Grund, sie zu respektieren. Damit ist der Rechtsbruch da.

Den Ausgangspunkt aller Verwicklungen, zu denen der querulierende Paranoiker im Laufe der Jahre gelangt, stellt fast immer eine Niederlage vor Gericht dar, die der Kranke einmal erleiden mußte. Er beruhigt sich nicht beim Urteil und geht unter Wahrung des vorgeschriebenen Weges in die zweite Instanz; vielleicht gegen den Rat seines Anwalts. Er unterliegt wieder. „Natürlich, was Wunder, wenn der Anwalt von Anfang an die Flinte gleich ins Korn werfen wollte!" Er nimmt sich einen andren. Wieder bleibt der Erfolg aus. Er wird vielleicht gar heftig vor Gericht, wird energisch in die Schranke zurückverwiesen, nun keimt in ihm der Verdacht: Man will ihn nur nicht durchkommen lassen mit seinen Rechtsansprüchen. Natürlich, gestern sah er noch den Richter erster Instanz mit dem der zweiten. Sie lachten! Es klang, als sprächen sie von seinem Anwalt! Auch der war so eigentümlich kurz und unfreundlich. Nun da kann man sich ja einen andren nehmen oder besser noch, man nimmt selbst einmal Einblick in die Gesetzesvorschriften. Vielleicht hat der gesunde Menschenverstand mehr Erfolg wie die Weisheit der Juristen. — So geht es weiter von Stufe zu Stufe, von Prozeß zu Prozeß, ohne Rücksicht auf Kosten, unter Vernachlässigung von Beruf und Geschäft. Eingaben über Eingaben gehen an die Gerichte, Beweisantrag über Beweisantrag. Man refüsiert ihn. Wie, man will seine Zeugen nicht vernehmen, die doch von eminenter Wichtigkeit sind? Man will ihm den Mund verbieten? Und das soll ein Rechtsstaat sein? Das sind ja russische Zustände! Haben denn Richter und Staatsanwälte kein Gewissen? Und das können sie mit ihrem Diensteid vereinigen? Da ist es doch Zeit, daß man einmal rechtlich denkende Männer um sich vereinigt, daß man dem Parlament Aufklärung bringt, welche Dinge sich hinter den Kulissen abspielen, daß man einmal dem Landesfürsten zeigt, was er von seinen Beamten, die in seinem Namen das Recht sprechen und sich nicht entblöden, es zu beugen, zu halten hat.

Der Gebildete schreibt eine Broschüre mit prägnantem Titel, ev. im Selbstverlage des Verfassers, versendet sie an die Presse, Personen von Bedeutung. Der Ungebildete diktiert dem Winkeladvokaten seine Klagen in die Feder oder zeichnet sie, so gut es geht, unter Ausfällen auf die Behörden, Berufung auf mißverstandene Rechtsbestimmungen auf, und wenn auch das vergeblich war, so zieht er die letzten Konsequenzen, schießt vielleicht auf den „parteiischen" Richter, beleidigt den Landesfürsten, „bei dem auch der Sinn für das Recht zu fehlen scheint", oder er nimmt widerrechtlich in Besitz, um was er vergeblich im Prozeßweg gekämpft hat, und legt den Revolver an auf den, der ihn daraus vertreiben will.

Allen Zügen, welche charakteristisch sind für den Paranoiker überhaupt, begegnen wir auch beim typischen Querulanten. Die Idee, rechtlich unterdrückt zu werden, wurzelt unwiderleglich mit der Zähigkeit der Wahnvorstellung, der Kranke ist unbelehrbar, überall trifft man, wenn man nur tiefer eindringt in seinen Gedankenkreis, auf Beziehungsideen, sein Selbstgefühl ist ein krankhaft gesteigertes, im Affekt versagt die Selbstzügelung sofort, der Vorstellungskreis wird nach und nach

ein außerordentlich dürftiger, der Kranke lebt nur noch seinem Wahn und deutet die zunehmende geistige Schwäche dadurch an, daß er nicht abläßt von seinen Schreibereien und Bemühungen, obwohl er sieht, daß er gegen Windmühlen ficht und hilflos dasteht. Oft mengt sich (stets ein Zeichen zunehmender geistiger Schwäche) eine Andeutung von Größenwahn den kranken Vorstellungen bei. Der Kranke beansprucht für alle Nachteile, die er erlitten hat, Entschädigungen von exorbitanter Höhe. Er glaubt, in seinem Fall einen ganz besonders klassischen sehen zu dürfen, an dessen Durchfechtung alle rechtlich denkenden Menschen ein ganz besonderes Interesse haben müssen u. dgl. m.

In solchen Fällen wird gegenwärtig die Diagnose wohl noch kaum mehr angezweifelt, wenn der krankhafte Prozeß schon ein paar Jahre gedauert hat. Das Verhalten gegen den mit der Begutachtung beauftragten Arzt setzt dann zumeist der Unsachlichkeit die Krone auf. Anders aber im Anfang der querulierenden Verrücktheit. Da ist schon oftmals ein Fehlurteil abgegeben worden. Und doch sollte es sofort stutzig machen, wenn man beobacht, wie jemand nach einem bisher friedfertig verbrachten Leben nun mit einem Male ein ganz anderer wird, sich nicht beruhigt, mit dem Kopfe durch die Wand will. — Aber auch ausgeprägte Fälle bringen es manchmal fertig, zumal wenn es sich um gute Dialektiker handelt, Prozesse einzuleiten, die dem Staat immense Kosten machen und die sich vermeiden ließen, wenn man zunächst einmal die Frage der Prozeßfähigkeit prüfte. Der letzte Sommer hat noch einen derartigen Monstreprozeß in Düsseldorf sich abspielen sehen.

Wenn Paranoiker mit Wahnideen im Bereiche der Möglichkeit in gerichtliche Verwicklungen geraten, so muß in der Mehrzahl der Fälle damit gerechnet werden, daß hinter dem Kranken noch Personen stehen, die zu seiner Fahne schwören und seine Ideen mit vertreten. In völliger Verkennung des Kausalzusammenhanges sind solche Freunde stets geneigt, in dem Kranken ein Opfer der Verhältnisse zu sehen und sich für ihn ins Zeug zu werfen, oft aus ehrlicher Überzeugung, nicht selten leider auch aus dem minder lauteren Motiv der Schadenfreude und Lust an jeglicher Opposition gegen die Behörden. So begegnen wir denn immer wieder Leuten, die geneigt sind, dem Paranoiker zu attestieren, daß er ganz gesund ist, daß sie nie Krankhaftes an ihm bemerkten. Selbst Ärzte sündigen in dieser Beziehung noch. Ja, es kommt nicht selten so weit, daß sich Parteien bilden für und wider den Kranken. Wir haben in Hessen noch vor nicht allzulanger Zeit den Fall erlebt, daß ein großes Dorf förmlich in zwei Lager gespalten war, deren eines in Petitionen mit Hunderten von Unterschriften für zwei höchst gemeingefährliche Paranoiker eintrat, bis ein Totschlag des einen endlich alle zur besseren Einsicht brachte. Parteinahme für Paranoiker gegen die Behörden hat schon oft auf das schwerste die staatliche Ordnung gestört, wofür als Beispiel nur jener religiöse Paranoiker Lazaretti genannt werden möge, der 1878 ganz Oberitalien in Aufregung brachte, ehe er im Handgemenge mit der Polizei fiel.

Fast stets influenzieren Paranoiker, wenn sie denn auch nicht immer Fernerstehenden gegenüber dazu imstande sind, so doch nahe Angehörige. Und so sind Fälle von Familienparanoia, in denen alle auf dieselbe falsche Anschauung schwören, gar nicht selten. Diese Beeinflussung kann eine bloß transitorische sein, und nach der Ausscheidung des kranken Elementes kehren die andren zur objektiveren Auffassung der Dinge zurück. Sie kann aber auch so starke Grade annehmen, daß alle den gleichen Typus repräsentieren und auch nach einer Trennung gänzlich unverändert bleiben. In einem meiner Fälle handelte es sich um drei Brüder, die jahrelang den Behörden aufs äußerste zu schaffen machten. In jenem erst erwähnten, in Rheinhessen sich abspielenden um einen Vater und drei Kinder.

Oft würde es dem Paranoiker weniger leicht sein, Propaganda zu machen, wenn seine Gefolgschaft nur hinter die Kulissen sehen könnte. Aber sorgsam hütet er sich, sich ganz zu geben, wie er ist, und verheimlicht, dissimuliert einen Teil seiner falschen Vorstellungen und zwar gerade die prägnantesten. Dinge, die er behauptet hat, von denen er auch überzeugt ist, werden rundweg in Abrede gestellt, zumal von jenen Paranoikern, denen eine gewisse Fähigkeit der Selbstbeherrschung und Dialektik geblieben ist, und die scharf genug Acht geben auf die Dinge, auf welche es ankommt.

Die Dissimulation des Paranoikers vor dem Forum kann speziell infolge seiner Erwägungen: „lieber eine Freiheitsstrafe und als gesund gelten, wie dauernde Internierung in der Irrenanstalt“ — so weit gehen, daß er die wahnhaften Motive einer kriminellen Handlung verschweigt und alle Zweifel an seiner geistigen Gesundheit hinweg disputiert. Nur sorgfältigste Erwägung aller Gesichtspunkte, kritische Sichtung aller Einzelheiten des Vorlebens der Persönlichkeit kann dann manchmal zur korrekten Auffassung führen. — Weiter veranlaßt zur Dissimulation bisweilen der Wunsch, Aufhebung einer Entmündigung zu erzielen.

Leichter wird es stets im Forum sein, die an Größenwahn und halluzinatorischer Verrücktheit leidenden Personen bezüglich ihrer strafrechtlichen Verantwortlichkeit richtig einzuschätzen. Immerhin kann aber auch hier die äußere Besonnenheit eine so große sein, daß man im oberflächlichen Verkehr den Kranken nichts Pathologisches anmerkt.

Am Erfinderwahn leidende Paranoiker betören oft eine Anzahl Gläubige und reißen ihnen den Sparpfennig aus der Tasche. Religiöse Paranoiker richten Unheil in einer faszinierten Gefolgschaft an, welche ihren auf Halluzinationen beruhenden Prätentionen Vorschub leistet. Auch paranoische Kronprätendenten können lange unerkannt bleiben und Leichtgläubige in finanzielle Not bringen. — Frühzeitig pflegen diejenigen Paranoiker aufzufallen, bei denen alle Sinne halluzinieren. Gelegentlich können aber auch Sinnestäuschungen sich auf Dinge beziehen, die im Bereiche der Möglichkeit liegen, so daß es den Anschein hat, als ob anklagende Behauptungen des Paranoikers auf reale Beobachtungen zurückgeführt werden müßten. Klagen wegen angeblicher Beschimpfung.

Die Art der Kriminalität bei der Paranoia ist nach dem Gesagten eine außerordentlich variable. In erster Linie kommt zwar der An-

griff auf die Person, vorsätzliche und überlegte Tötung mit wahnhaftem Motiv (sei es als Racheakt, sei es als Abwehrhandlung gegen imaginäre Feinde, sei es als Ausfluß krankhafter religiöser Ekstase) in Frage. Doch kann auch manche andere Form strafrechtlicher Verwicklung auf paranoische Motive zurückzuführen sein. So kann ein Sittlichkeitsverbrechen einer Wahnidee entspringen (halluzinatorische Einflüsse bestimmten den Kranken, mit einer Minderjährigen einen Erlöser zu zeugen), oder ein Betrug (der Kranke bestellte einen Geldschrank, um darin erwartete Millionen zu verwahren), ein Kautionsschwindel (der Kranke suchte Gelder, welche ihm die Durchführung einer besonderen Mission ermöglichen sollten), ein Vergehen gegen den Personenstand (der Kranke gab sein Alter falsch an, da er sich für ein wesentlich älteres, untergeschobenes Kind hielt) usw. Ich kannte einen Paranoiker, der aus Weltbeglückungsideen falsches Geld münzte und verschenkte, ohne bei seinem Tun Vorteile zu haben.

Sehr oft kann man somit leicht nachweisen, daß die kriminelle Handlung eines Paranoischen, obwohl sie scheinbar außerhalb des Kreises seiner wahnhaft verfälschten Vorstellungen steht, doch in letzter Linie innige Beziehungen zu ihnen besitzt. Und wenn das auch nicht stets so leicht ist, wie in den ebenerwähnten Fällen, so gelingt es doch fast immer sorgsamer Sichtung, einen indirekten Zusammenhang zu finden. Der vagierende Paranoiker, der in der Bedrängnis zum Dieb wird, begeht doch das Eigentumsdelikt in letzter Linie, weil ihn die Verwicklungen, in welche eine paranoische Stellungnahme zu seinen Kreisen ihn brachte, aus der Bahn geordneter Tätigkeit warfen. — So erklären sich aus den durch die Krankheit herbeigeführten Situationen dann meist mühelos auch die strafrechtlichen Verwicklungen, selbst wenn es zunächst den Anschein hatte, als ob die Tat ganz außer Beziehungen zum Wahnsystem stehe. Damit schrumpfen die Fälle, in denen man geneigt sein könnte, der Lehre von einer partiellen Zurechnungsfähigkeit Konzessionen zu machen, auf ein Minimum zusammen. Auch bei Handlungen, in denen es nicht gelingt, einen direkten oder indirekten Zusammenhang mit dem Wahnsystem nachzuweisen, spielt oft in letzter Linie paranoische Logik eine Rolle. Um gegen sich strafrechtliche Verfolgung zu provozieren, begeht gelegentlich der Paranoiker ein Delikt, wenn er sich am Ende seiner Abwehrbestrebungen sieht und vor der Gewalttat schwerster Art zurückscheut. Das ist speziell beim Querulanten, dem es nicht gelingen will, die Gerichte zur Wiederaufnahme seiner Prozesse zu bewegen, gelegentlich der Fall. Er will nur in die Lage kommen, coram publico dem Richter gegenüberzustehen, um dann frei von der Leber weg sprechen zu können. Der Zweck heiligt ihm das Mittel, und so begeht er vielleicht

gar etwas, was man nach seiner ganzen inneren Veranlagung und sonstigen Ehrenhaftigkeit kaum von ihm erwarten durfte. Wer von dem Gedanken der partiellen Zurechnungsfähigkeit sich noch nicht recht frei machen kann, dem sei noch gesagt, daß die Handlungen, welche Paranoiker in strafrechtliche Verwicklungen bringen, nach unsren Erfahrungen mit verschwindenden Ausnahmen direkt aus Wahnideen entspringen. In einer ganzen Reihe von Fällen, die ich in den letzten Jahren begutachtete, in denen es sich um Mord, Mordversuch, schwere Körperverletzung handelte, gab die Wahnvorstellung stets unmittelbar das Motiv zur Tat ab.

Es erübrigt noch, kurz eigentümlicher „pseudoparanoischer" Zustände zu gedenken. Es gibt Krankheitsbilder (stets handelt es sich um Hereditarier, Neurotiker, dem Grenzgebiet Angehörende) mit paranoischem Gepräge von so ausgesprochener Färbung, daß man zunächst versucht ist, an echte unheilbare Paranoia zu denken. Doch zeigt der Verlauf, daß die paranoischen Züge später korrigiert werden, ganz verschwinden und besserer Einsicht Platz machen. In einem Strafverfahren kann man sich somit gelegentlich einer Person gegenüber sehen, die in einer bestimmten Phase des Vorlebens wie ein Verfolgungswahnsinniger oder am Größendelir Leidender sich ausnimmt und deswegen dann von der Verteidigung als Paranoiker für den § 51 reklamiert wird.

In einem meiner Fälle handelte es sich um einen wegen Raubes Verurteilten, der im Strafvollzug unter paranoischem Bilde erkrankte (Furcht vor heimlichem Beiseiteschaffen; Behauptung, die vom Kaiser eingetroffene Begnadigung sei unterschlagen, hochstehende Personen hätten sich für ihn verwendet. Festhalten an diesen Ideen länger als ein Jahr). Man tat ihn nach Moabit in die Irrenabteilung, dann als dauernd geisteskrank in eine Irrenanstalt. Hier entwich er, lebte ein halbes Jahr unter falschem Namen. Dann Anteilnahme an einem Einbruch. Abermals paranoische Züge und Anstaltsunterbringung. Nach drei Jahren Entlassung aus dieser nach Aufhebung der Entmündigung. Abermaliger Einbruchsversuch mit daran anschließender Beobachtung gemäß § 81. Kein paranoischer Zug nachweisbar. Verurteilung zu fünf Jahren Zuchthaus, die jetzt verbüßt werden, ohne daß sich etwas Paranoisches gezeigt hätte.

Ein zweiter Fall betrifft einen Sittlichkeitsverbrecher und ist ausführlich in dieser Zeitschrift (S. 575 ff.) beschrieben worden.

Ein dritter betraf einen Degenerierten, der vor einem halben Jahr wegen Totschlag (Erschießen seiner Braut, Verzweiflungstat) zu zwei Jahren Gefängnis verurteilt wurde. Der von jeher exzentrische, reizbare Mensch, der in der Untersuchungshaft einen transitorischen Erregungszustand durchmachte, hat in seinem Vorleben eine Phase, in der er sich wie ein paranoischer Querulant gegeben hatte. Er beleidigte eine Frau, mit der er in intimen Beziehungen gestanden hatte, wurde verklagt, unterlag im Prozeß, suchte dann immer intensiver „sein Recht", gab den Richtern und Anwälten Parteilichkeit schuld, verfaßte eine Unzahl mit Beziehungsideen angefüllter Eingaben, um dann schließlich klein beizugeben.

Wir werden angesichts solcher Fälle nie zu voreilig im Sinne der Annahme einer Paranoia entscheiden dürfen und daran denken müssen, daß man speziell bei einsichtsarmen Menschen oft mit starkem

Affekt betonten, falschen Vorstellungen über ihre Mitmenschen, dauernden Animositäten begegnen, welche nicht wegzudisputieren sind, von Wahnideen sich aber dadurch wesentlich unterscheiden, daß sie nicht den zwingenden Einfluß auf die gesamte Lebensanschauung und Lebensführung gewinnen, welchen die Wahnidee des echten Paranoikers sonst erfahrungsgemäß auszuüben pflegt.

Keine Gruppe von Geisteskranken hat von jeher dem Irrenarzte in Bezug auf die Schätzung seines Wirkens beim Publikum mehr geschadet, wie die der Paranoiker, keine hat die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit oft mehr in Anspruch genommen und intensiver die Psychiatrie *diskreditiert*, wie sie. Gegen niemand sollte darum bei einer *Internierung vorsichtiger* verfahren werden, wie gegen *besonnene Paranoiker*. Das sollte der Arzt, *auch der beamtete*, stets in Erinnerung haben, welcher der Familie die Verbringung in eine Anstalt vorschlagen zu müssen glaubt, nachdem ihm Dinge von dem Kranken berichtet wurden, die nicht immer von subjektiver Färbung frei sind. Es sind mir Fälle erinnerlich, in denen Paranoiker vom Arzt im Attest als anstaltsbedürftig bezeichnet wurden, worauf dann die Angehörigen unter Lug und Trug sie zur Anstalt führten. Mir bat ein Arzt einen Paranoischen geknebelt und gebunden, als Büttel der Familie, selbst ins Haus gebracht. Das ist immerhin noch offener gehandelt, wie in einem anderen, in dem ein Kollege sich nach der Zuführung der völlig ruhigen und vertrauensseligen Kranken lächelnd äußerte: „Die meint nun, sie sei in der Frauenklinik. Nur unter der Vorspiegelung habe ich sie zur Mitreise bewegen können."

Wenn wir bei der großen Mehrzahl unsrer Kranken auf eine *Sicherung des Aufnahmeverfahrens* verzichten können, weil sie deutlich die Zeichen schwerer Erkrankung tragen und in indifferenter Fügsamkeit in uns nicht Freiheitsräuber sehen, sondern fürsorgende Ärzte, vorausgesetzt daß sie überhaupt soweit denken können, *hier* bedürfen wir bestimmter Kautelen, auf die wir hinweisen können, wenn der Unverstand uns etwas am Zeuge flicken will, als hätten wir ein Vergnügen daran, die Türe nach draußen Leuten zu verschließen, die der Anstalt nicht bedürfen.

*Dem Paranoiker gegenüber ist Offenheit am Platze, auch in Bezug auf die Motive seiner Internierung*, und das Votum der Anstaltsbedürftigkeit sollte stets nur auf Grund gravierender, eindeutiger *behördlicher* Feststellungen gefällt werden. Ebenso gebührt es sich, das bei allen *Entlassungsversuchen Paranoischer*, die stets nur das Endresultat sorgfältiger Erwägungen sein dürfen, *behördliche Organe mitwirken* und einen Teil der Verantwortlichkeit übernehmen, oder den Arzt decken, wenn gewichtige Bedenken der Entlassung entgegenstehen. In wenigen,

prägnant zugeschnittenen Bestimmungen läßt sich in jedem Regulativ, wie es in dem unsrigen geschehen ist, den Spezialerfordernissen dieser Patienten Rechnung tragen. Das ist besser, als daß um der wenigen hier in Betracht kommenden Fälle willen das Aufnahmeverfahren psychiatrischer Anstalten *erschwert* und zu einem langwierigen gemacht wird zum Nachteile so vieler, die der Anstaltspflege dringend bedürfen.

### V. Die Simulation der Geistesstörung.

Der Auffassung, daß psychiatrische Ärzte in forensischen Fällen allzu geneigt sind, sich im *Sinne geistiger Störung* zu entscheiden, begegnet man wohl ebenso häufig, wie der Meinung, daß es nicht gar zu selten dem Arzt passiere, von Kriminellen *getäuscht* zu werden. Der Laie hat so oft Gelegenheit, zu lesen, daß dieser und jener wegen Geistesstörung Exkulpirte nach einiger Zeit da und dort aus der Anstalt entwich, monatelang sich geordnet irgendwo aufhielt, bis ein Zufall ihn finden ließ. Da kann es nicht wundernehmen, wenn er fragt: War denn das überhaupt ein Geisteskranker? Kann da nicht den Ärzten das Bild geistiger Störung bloß *vorgemacht* sein? — Und auch der Jurist, den es immer danach verlangt, eine klare, scharfe Diagnose von uns zu erfahren, wird bei manchen verwaschenen Krankheitsbildern ebenfalls wohl einmal stutzig, ob denn nicht doch das Bestreben eines Angeschuldigten, sich allen Weiterungen zu entziehen, sein Verhalten in der Irrenanstalt, in die er vielleicht zum Beobachtungszweck gelangte, in etwas allzu starker Weise beeinflußt haben möchte. So ist denn die Frage der *Simulation geistiger Störung* immer noch eine aktuelle, und es ist wohl angebracht, an dieser Stelle ihr eine kurze Betrachtung zu widmen.

Wenn man vom Standpunkt des Psychopathologen die Frage einer Prüfung unterziehen will, in welchem Umfang die Simulation geistiger Störung vorkommt, welche Bedeutung ihr beizumessen ist, so muß man sich zunächst darüber klar werden, was man unter dem Begriff *Simulation* verstehen will. — Genau genommen ist nur der ein *Simulant*, der bei völliger geistiger Gesundheit mit der Absicht der Täuschung das Verhalten eines Kranken zu kopieren sucht. Im weiteren fällt aber auch das Gebaren desjenigen unter den Begriff der Simulation, dessen Geisteszustand an sich schon kein normaler ist und der noch überdies Symptome vorzutäuschen sucht, deren Realität bestimmen müßte, ihn anders einzuschätzen bzw. ihn für *kränker* einzuschätzen, wie man es in Anschauung seiner Grundverfassung tun würde.

*Reine Simulation*, Simulation bei völliger geistiger Gesundheit, ist, darin sind alle Irrenärzte sich einig, selten. Simulation auf

der Basis psychischer Abnormität oder auch auf der Basis direkt krankhafter Beschaffenheit ist dagegen relativ häufig, wenn auch lange nicht so häufig, wie gemeiniglich auf juristischer Seite vermutet wird.

Sicher wird mancher, der früher für einen Simulanten gehalten sein würde, heute auf Grund unserer besseren Kenntnisse psychopathologischer Zustände anders und zutreffender beurteilt. Der kritische Geist der Gegenwart läßt sich nicht so leicht täuschen, wie die Diagnostik früherer Zeiten. Der Satz des Paulus Zacchias, daß keine Krankheit leichter nachzuahmen sei, wie der Wahnsinn, stimmt nicht mehr in unsrer Zeit.

Die Gründe, aus denen Veranlassung genommen werden kann, zu simulieren, sind naheliegende: der Wunsch, den Gang eines Strafverfahrens dadurch zu beeinflussen oder aus der Straf- in die Irrenanstalt versetzt zu werden mit der Nebenabsicht der Entweichung.

In den Lehrbüchern der Psychiatrie ist die Simulationsfrage nur kurz gestreift. Reicheres Material liefert die Kasuistik, doch sind kasuistische Mitteilungen oft stark von subjektivem Ermessen beeinflußt, und die Katamnese, welche allein endgültige Klärung bringen kann, wird häufig vermißt.

In den Lehrbüchern heißt es oft, es lasse sich von der Simulation die große Mehrzahl der dazu geneigten Personen doch schließlich abhalten, da es ihnen schimpflich erscheine, als Geisteskranke zu gelten. Das kann man mit einem Fragezeichen versehen.

Auch die Behauptung, daß Furcht vor der Irrenanstalt davon zurückschrecke, und daß lieber das Gefängnis gewählt werde, wie der Aufenthalt unter Geisteskranken, ist nicht stichhaltig. Die Kreise, aus denen sich die Simulanten in erster Linie rekrutieren, haben von den Einrichtungen der modernen Anstalten meist eine bessere Meinung, wie sie dem großen Publikum geläufig ist. — Genossen in der Arbeit oder auch im Verbrechen, die vielleicht wegen transitorischer Störungen darin interniert waren, Delirium tremens darin durchmachten, berichten manchem, wie human es darin zugeht. Und so mancher defekte Mensch findet noch dazu im Gerichtssaal Gelegenheit, sich über psychiatrische Dinge zu informieren, sei es, daß er unter den Zuhörern ist, sei es, daß er von der Anklagebank aus den Erörterungen des Sachverständigen über seine psychische Beschaffenheit reden hört, was ja leider die Prozeßordnung zuläßt. Der Sachverständige bespricht vielleicht sogar die Möglichkeit transitorischer Störungen während eines Strafvollzuges und kann damit geradezu Anleitung zu Simulationsversuchen geben.

Ein Moment, das eher im Sinne der Unterlassung wirkt, ist die Unkenntnis der Symptome geistiger Störung, die ja in allen Kreisen noch immer besteht. Die Menge weiß nichts davon, daß im Wahnsinn auch Methode ist (um mit Hamlet zu reden), daß es scharf umschriebene psychiatrische Krankheitsbilder gibt, daß auch der Geisteskranke oftmals folgerichtig handelt und keineswegs sich immer durch Unruhe, sinnloses Reden, Größenwahn, Desorientiertheit usw. auszuzeichnen braucht. Das Gefühl der Unfähigkeit zur Durchführung

der Rolle, die *Unklarheit* darüber, welchen Weg man denn überhaupt zu wählen habe, um den Geistesgestörten zu markieren, läßt darum die Neigung oft schon im Keime ersticken. Oder dem Simulanten kommt seine Ohnmacht schon in Kürze zum Bewußtsein, und eine energische Behandlung seitens der ja stets zur Annahme der Täuschung gern bereiten Gefängnisbeamten tut das übrige, um vernünftigen Erwägungen zum Durchbruch zu helfen.

Simulationsversuche von kurzer Dauer *sollen in Strafanstalten keine Seltenheiten* sein. Freilich sollten sie dort, zumal wenn sie sich wiederholen, stets bestimmen, die *ganze* Persönlichkeit sorgsam zu prüfen, ob nicht doch ein Grundleiden besteht, das durch Simulation kompliziert wird.

Schon in der Zeit, als die Lehre von der Epilepsie noch nicht ausgebaut war, als das Bild der Paralyse noch unbekannt war, wurde von irrenärztlicher Seite die Beobachtung darauf gerichtet, ob nicht etwa das der Simulation verdächtige Bild die innere Folgerichtigkeit vermissen lasse.

Die Wichtigkeit dieses Momentes hatte schon *Chiarugi* beispielsweise erfaßt, der Ende des 18. Jahrhunderts in *Florenz* wirkte. In einem Anhange seines Buches über den Wahnsinn wies er schon auf die Wichtigkeit der Physiognomik hin, auf die Eigenart des Blickes Geisteskranker, auf die Notwendigkeit der Beachtung des Pulses, der körperlichen Begleiterscheinungen, der Indifferenz vieler Geisteskranker gegen Kälte, die Störungen der Allgemeingefühle u. dgl. — Er empfahl sogar schon eine Art *Diagnosis ex juvantibus*, betonend, daß bei Geisteskranken manche Mittel erst in größeren Dosen wirken, wie bei Gesunden. Er hatte dabei *Emetika* im Sinne. Für uns gilt gleiches in Bezug auf Narkotika, die ja so oft bei Geisteskranken in Dosen versagen, welche den Simulanten sofort außer Aktion setzen.

Disponieren wir die Möglichkeiten der Simulation, so können wir gruppieren in *indirekte, mittelbare Simulation*, d. h. Vorschützen eines Zustandes geistiger Störung für einen früheren Zeitpunkt, in welchen die inkriminierte Handlung fällt, und in *direkte, unmittelbare Simulation*. Außerdem kann man noch unterscheiden: *Simulation auf rein krimineller Veranlagung* (Personen ohne psychische Anomalien) und *Simulation auf der Basis abnormer, psychopathischer Beschaffenheit*. Doch dürfen letztere keineswegs ausnahmslos dem Strafrecht entzogen werden.

Das einfachste Bild, in der uns die Simulation entgegentritt, ist das der Behauptung der Amnesie für eine strafbare Handlung, d. h. einer Erinnerungslosigkeit, wie sie erfahrungsmäßig bei epileptischen Handlungen vorkommen kann. Es wird gelegentlich versucht, der Behauptung Nachdruck zu verleihen durch Vertäuschung eines epileptischen Anfalles. Unmöglich kann die Behauptung der Erinnerungslosigkeit an sich allein den Richter im Einzelfalle bestimmen, eine Begutachtung zu veranlassen. Nur dann darf er sie veranlassen, wenn hereditäre Veranlagung besteht, wenn die Tat auffällig ist durch Motiv-

losigkeit, wenn die Lebensführung des Angeklagten Auffälligkeiten bot, wenn der Arzt körperliche Symptome nervöser Veranlagung nachgewiesen hat.

Trotz sorgfältigster Anstaltsbeobachtung kann indessen der Experte nicht immer zur sicheren Diagnose, daß Epilepsie besteht, kommen, oder sie mit Sicherheit ganz ausschließen. Oft bringt erst die Zukunft und die Katamnese die Entscheidung im positiven Sinne. In einem neuerlichen Falle (Tesnow-Greifswald) stellte sich die Epilepsie eines Täters erst in der Nacht vor der angesetzten Hinrichtnng durch Anftreten eines Anfalles heraus. Andrerseits ist anch jahrelanges Hinleben im Strafvollzng ohne Anfälle kein Beweis gegen eine epileptische Veranlagung. Wissen wir doch, daß Epileptiker jahrelang von Anfällen verschont bleiben können.

Fälle, in welchen der Beweis der Epilepsie dnrch Vortäuschung eines Anfalles zu führen gesucht wurde, sind gar nicht so selten, und es gibt alte Kriminelle, die es darin zu einer Virtuosität bringen, welche dem Arzte ernstliche Rätsel aufgibt.

Wo eine epileptische Anlage wirklich besteht, da pflegt auch Alkoholintoleranz zn bestehen. Es liegt nahe, Individnen, welche sich auf epileptische Veranlagung berufen, bezüglich ihrer Toleranz zu prüfen, den Einflnß des Alkohols auf die Herztätigkeit und die gesamten motorischen Funktionen zu prüfen, um so sichere Kriterien für oder wider zu gewinnen.

Die Wege, welche bei Versuchen direkter, unmittelbarer Simulation gewählt werden können, sind verschiedenartige. Bei der einfachsten Form tritt uns ein Bestreben, „dumm“ zu erscheinen, entgegen, d. h. es werden Intelligenzdefekte simnliert, Rechenunvermögen, Unbekanntschaft mit Lesen und Schreiben, mit den Dingen des alltäglichen Lebens, Apraxie, Dyspraxie.

Die zweite möchte ich die manische Form nennen, es wird das Bild der motorischen nnd sprachlichen Erregung imitiert.

Die dritte Form kann als die rnhige bezeichnet werden, es wird stumpfe Gleichgültigkeit und Geistesabwesenheit markiert.

Weiterhin bietet die Kasuistik paranoische Znstandsbilder, und endlich kann es sich nm Mischzustände handeln, in denen von allem etwas gebracht wird, und die dabei den Verdacht der Simnlation in Anbetracht des chronologischen Zusammenhanges, Ausbruch nach der Tat, oder wegen der Situation erwecken, z. B. bei Strafgefangenen.

Bei der Kürze des hier zn Gebote stehenden Raumes muß ich mir Beziehungen auf Fälle meiner Beobachtnng leider versagen nnd kann nur kursorisch die einzelnen Formen besprechen.

Versuche, Intelligenzdefekte der allergröbsten Art vorzutäuschen,

sind nicht häufig. Sie sollten stets sehr vorsichtig analysiert werden, denn in diesem Verhalten spricht sich doch eigentlich eine, wenn auch transitorische, Urteilsarmut sehr auffälliger Art aus. Gelegentlich kommt derartiges bei wirklichen Geistesstörungen mit heftigem, protrahiertem Angstaffekt vor.

Die zweite Form ist die der vorgetäuschten tobsüchtigen Erregung.

Die Lockung, sich dieses Weges zu bedienen, ist darum eine relativ so große, weil ja bei der großen Menge Geisteskrankheit und sinnlose Erregung oft identisch gelten. Da zumeist auch geglaubt wird, der Geisteskranke ergehe sich in zusammenhanglosen, wirren Reden, so kann der zur Simulation Geneigte sich versucht fühlen, gerade das Bild der motorischen Erregung kombiniert mit Akten der Zerstörung und sinnlosem Reden zu wählen. In der Tat lehrt die Kasuistik, daß solche Versuche nicht gerade selten gemacht und mit oft erstaunlicher Zähigkeit durchgeführt werden.

Man findet wohl hervorgehoben, daß gerade Versuche dieser Färbung am wenigsten Aussicht haben, als echt anerkannt zu werden, weil der Gesunde Ermüdungseinflüssen erliege. Das hat z. T. seine Richtigkeit, weil es unmöglich ist, protrahierte Erregungszustände manischer Art, die wochen- und monatelang andauern, zu kopieren.

Wir sehen an wirklich Kranken dieser Art Störungen des Schlafes und der Ernährung, die zu typischem Gewichtsniedergang führen.

Wir bemerken an ihnen einen Mangel an Selbstschonung, der sie indifferent sonst schmerzhafte Verletzungen, Phlegmonen u. dgl. ertragen läßt.

Wir sehen sie reaktionslos auf Darreichung großer Dosen Narkotika weiter in Erregung bleiben, auf Dosen, die den Gesunden unfehlbar alsbald zum Schlaf bringen würden. Derartige Zustände sind freilich nicht nachzuahmen.

Die Erfahrung lehrt aber auch, daß es zahlreiche Kranke ohne kriminelle Beziehungen gibt, bei denen Simulationsabsicht ganz ausgeschlossen ist, die nur über Stunden andauernde Erregungen verbunden mit impulsivem Zerstörungstrieb, Lärmen und Schreien bieten und dann wieder geordnet und leidlich sozial sind. Es ist also nicht ohne weiteres statthaft, bei Erregungszuständen, die schnell abklingen und der Simulation verdächtig sind, nur Ermüdung als Ursache der wiedereintretenden Ruhe anzunehmen oder beim Aufgeben einer über einen oder mehrere Tage fortgesetzten Nahrungsverweigerung zu sagen, daß nur der Hunger den Verdächtigen bestimmt habe, sich eines andren zu besinnen. Aus dem schnellen Nachlassen tobsüchtiger Erregung allein, aus dem Auftreten von Heißhunger nach längerer Abstinenz lassen sich absolut keine eindeutigen Schlüsse ziehen.

Der einzig richtige Weg ist in solchen Fällen der des analytischen Verfahrens, der Erwägung, bei welchen Grundkrank-

heiten wir dem Symptom der tobsüchtigen Erregung begegnen. Jeder psychiatrisch gebildete Arzt weiß, daß hier Paralyse, epileptische, hysterische Veranlagung, sodann die so oft mit Erregungszuständen einhergehenden degenerativen Geistesstörungen des Pubertätsalters, endlich die bei angeboren Schwachsinnigen mit epileptoider Veranlagung auftretenden raptusartigen Anfälle von Exaltation mit Zerstörungsdrang in Betracht kommen.

Jede Art der Erregung hat aber Eigenartiges an sich, das der Laie nicht kennt, Eigenartiges in der Art der Bewegung, des mimischen Ausdrucks, der sprachlichen Ausdrucksform, Dinge, auf die man also genau Acht geben muß.

Die Verkennung eines paralytischen Erregungszustandes im Sinne der Simulation kann wohl nur bei äußerst ungenauer Untersuchung und mangelnder Kenntnis der Symptome vorkommen. Der unruhige, kramende, wühlende Paralytiker bietet ein so charakteristisches Bild, ein genaues Hinhorchen auf seine Sprechweise, seine verwaschene, pappige Sprache muß doch sofort den Verdacht anregen, den dann eine in einem Momente relativer Ruhe vorgenommene körperliche Untersuchung weiter stützen und zur Gewißheit erheben wird. Die Beobachtung der Bewegungen wird bei einem Paralytiker, bei dem die Krankheit schon so weit fortgeschritten ist, daß er erregt wird, ohne Zweifel bereits einen mehr oder weniger starken Grad von Ataxie erkennen lassen.

Und in den meisten Fällen wird die Anamnese zum Ergebnis der Momentuntersuchung so gut passen, daß die letzten Zweifel an der Echtheit schwinden müssen. — Daß auch die Fahndung auf Zeichen überstandener Lues an den Genitalien, die Untersuchung auf alte Bubonennarben, Fingerzeige geben können, ist leicht einzusehen.

Eher kann es vorkommen, daß Erregungszustände für paralytische gehalten werden, die es tatsächlich nicht waren, und zwar auf Grund der Konstatierung von Pupillendifferenz, die aber ja bekanntlich auch bei vielen nervös Veranlagten beobachtet werden kann. Einer derartigen irrtümlichen Auffassung bin ich einmal in einer Strafsache gegen einen Sittlichkeitsverbrecher begegnet, den ich vor vier Jahren als Epileptiker begutachtete.

Auch physiognomisch hat der Paralytiker für den Blick dessen, der Hunderte von Fällen gesehen hat, etwas so ungemein Charakteristisches, daß ich mir eine Verkennung bei einer Anstaltsbeobachtung gar nicht denken kann.

Viele Erregungszustände, die man zunächst als zu bestimmtem Zweck gemacht, vorgetäuscht, ansehen möchte, werden bei genauerer Analyse unter Berücksichtigung der Ergebnisse einer körperlichen Untersuchung in das Gebiet der Hysterie verwiesen werden müssen. Even-

tuell wird es sich sogar herausstellen, daß hinter den hysterischen Symptomen noch eine Grundkrankheit sich birgt, ein angeborener Schwachsinn oder doch ein Grad von Debilität, der für die ganze Beurteilung der Persönlichkeit mit ins Gewicht fallen muß. — Durchmustert man die Kasuistik, so findet man gelegentlich das Urteil der Simulation ausgesprochen auf Grund der Feststellung, daß der Beobachtete Handlungen des Beobachters nachahmte, oder daß er solche ausführte, welche in seiner Gegenwart als am Krankheitsbilde noch fehlende Züge bezeichnet wurden. Nichts ist ein zweifelhafterer Beweis, wie die Hervorhebung eines solchen Verhaltens. Sehen wir doch bei hysterischer Tobsucht es oft genug, daß die Suggestibilität hochgradig gesteigert ist.

Wohl am häufigsten wecken den Verdacht der Simulation bei gravierendem, chronologischem Zusammenhange Bilder von Halbstupor mit zeitweiliger Nahrungsverweigerung, scheinbar völliger Indifferenz für Körperpflege und ästhetisches Empfinden bei mürrisch-feindseliger Grundstimmung, die sich gegen Ärzte und Personal in Schmähungen Luft macht. Oft handelt es sich um vorbestrafte Individuen, die bisweilen zur schweren Last ihrer Umgebung werden infolge Kotschmierens. Es sind sogar Fälle beobachtet, in denen Kot und mit Kot beschmiertes Brot verzehrt wurden, um überzeugend zu wirken.

Man wird versucht sein, zweifelnd zu fragen, ob es noch simulierbar sei, den eigenen Kot zu verzehren. Und doch wird man zugeben müssen, daß es möglich ist. Ist doch das Ekelgefühl bei vielen Verbrechern ebenso wie die gesamte Ethik rudimentär entwickelt. Andrerseits wissen wir ja auch, daß es sexuell Perverse gibt, die sich bis zum Kotgenuß versteigen. Warum sollte es somit nicht einmal ein Verbrecher fertig bringen, dieses scheinbar äußerste Mittel zur Anwendung zu bringen?

Mir selbst ist einmal seitens eines Verbrechers ein solcher Zustand von Stupor vorgetäuscht worden. Der Fall ist interessant und lehrreich, weil sein weiterer Verlauf festgelegt werden konnte. Er möge als einziger kasuistischer Beitrag zur Simulationsfrage hier Abdruck finden.

Der zunächst wegen Mordes angeklagte, dann wegen Totschlags mit zehn Jahren Zuchthaus bestrafte C. A. aus F. hatte während der Verhandlung gegen ihn, wie es das Gesetz gestattet, die Gutachten anhören dürfen, die dahin lauteten, daß eine epileptische Anlage anzunehmen und strafmildernd in Betracht zu ziehen sei. Ich hatte mir sogar gestattet, den Geschworenen zu sagen, daß der Angeklagte nach einer Verurteilung sicher wohl noch einmal Zustände von transitorischer Geistesstörung bieten werde und der Strafvollzug jedenfalls die abnorme Beschaffenheit des Mannes deutlich erweisen werde. Dies war am 10. Oktober 1901. Und schon zwei Monate später wurde er aus der Strafanstalt der Klinik zugeführt in einem Zustande, der die Merkmale des Stupors trug.

Er war im Zuchthause seit einigen Tagen auffällig still gewesen, lag dann eines Morgens stumm und negativistisch im Bette, aß mehrere Tage nichts, so daß der Gefängnisarzt ihn in die Irrenanstalt schicken zu sollen glaubte, unter der leisen Vermutung, daß es sich um einen katatonischen Zustand handle.

Der Patient ließ bei der Aufnahme alles ruhig mit sich geschehen ohne eine Spur von Widerstand. Kurz nach der Aufnahme setzt sich ein zu ihm kommender Arzt auf seinen Bettrand und bewirkt dadurch, daß das Bett von einer Wandleiste, auf der es aufgeruht hat, herunterrutscht. Der Patient fährt bei dem Ruck erschreckt empor und legt sich dann wieder „in der Haltung", wie der Arzt verzeichnet, „eines sich recht behaglich zum Schlafen Niederlegenden" hin. Konstatiert werden noch enorm gesteigerte Sehnenreflexe, Patellarklonus, ein Puls von 72 gegen 100 bei der Aufnahme. Dies war am 27. XII. Am 28. ist er stumm, ablehnend, reagiert auf keinen Anruf, auch deutet keine Mienenänderung an, ob er den ihn begutachtet habenden Referenten oder den ihn besuchenden Arzt der Strafanstalt erkennt. Einmal wirft er den Bettisch nach den Pflegern, die ihn zum Essen bewegen wollen. Er ist an diesem Tage unrein, indem er in's Bette defäciert.

Am 29. XII. begrüßt er mich mit freundlichem Gesicht und sagt, befragt, woher er mich kenne: „nun von der Verhandlung her". Auch zum Personal ist er freundlich und gibt nun an, er habe sich morgens beim Erwachen in einem ganz andren Raum gefunden wie sonst und gleich vermutet, er sei wieder in der Irrenanstalt (er war sechs Wochen vor der Verhandlung in Hofheim gewesen). Der Pfleger habe ihn dann orientiert, wo er sei. Er wisse nicht, wie er in die Klinik gekommen sei, seine letzte Erinnerung sei ein Vorgang in der Strafanstalt. Er klagt noch über Mattigkeit und Schwindel, aß aber gut und reichlich.

Ich triumphierte, da mir der Pflegling so schön die Prognose und Diagnose bestätigt hatte. Aber wie war ich verdutzt, als er mich abends um Verzeihung bat. Er habe mich getäuscht und erinnere sich aller Dinge recht gut. Zwei Leute hätten ihn gebracht, in Sträflingskleidern, er sei zuerst in einem einfenstrigen Zimmer gewesen; er habe sitzend das Fenster zur Linken gehabt. Die Klinik habe keine Umfassungsmauer usw. usw. Er wußte alles anzugeben, ärztliche Anordnungen bezüglich seiner Person, den Besuch des Strafanstaltsarztes, alle Einzelheiten waren ihm erinnerlich.

Er habe nicht bezwecken wollen, daß man ihn in die Klinik bringe. Die Empfindung, daß Weihnachten sei und für ihn alles verloren wäre, habe ihn bestimmt, sich „kaput zu machen" usw. In einer bald etwas zugänglicheren, bald gereizteren Stimmung blieb er noch etwa acht Tage in der Klinik, häufig sich paranoisch im Sinne der Beeinträchtigung äußernd, dann gelegentlich auch äußerst explosibel erscheinend. Darauf nahm ihn die Strafanstalt wieder auf.

Aus dem Manne wurde, was nachträglich auf den von ihm begangenen Mord auch ein besonderes Streiflicht warf, ein ausgeprägter Paranoiker mit telepathischen und anderen Wahnideen, schwerer Angriffstendenz, der nach einigen weiteren Jahren in eine Irrenanstalt verbracht werden mußte, wo er noch weilt.

Es ist sicher schwerer, in solchen „Mischfällen" die Wahrheit zu finden, wie in Fällen vorgetäuschter tobsüchtiger Erregung, zumal wenn noch ein an Katatonie erinnernder zäher Negativismus hinzukommt. Fehlt er, und fügt sich der bei solchem Bilde anscheinenden Halbstupors doch zweifelsohne der Katatonie Suspekte, so könnte man versuchen, Haltungskurven (analog den von Ermes an Katatonen bei uns aufgenommenen) zur Prüfung der Muskelzustände aufzunehmen. In Betracht kommen weiter Schreckreaktionsversuche (analog dem von v. Leupoldt in dieser Zeitschrift veröffentlichten). Sind sprachliche Äußerungen zu erhalten, so sind sie festzulegen (Stenogramm oder

*Phonograph*) und zu analysieren auf Stereotypien, Perseverationserscheinungen usw.

Vom psychiatrischen Standpunkte erscheint am leichtesten das Krankheitsbild der *Paranoia* nachahmbar für den, der es kennt. Aus der Kasuistik habe ich keine Fälle entnehmen können. Mir selbst sind keine vorgekommen.

Durchblickt man die Kasuistik (die Arbeit *Breslers* über Simulation erleichtert das außerordentlich), so scheint der Versuch der Simulation am häufigsten gemacht zu werden in der *Form der wechselnden Symptome*. Der Verdächtige zeigt ein feindselig ablehnendes Wesen, ißt bald besser, bald schlechter, verunreinigt sein Eßgeschirr oft aufs gröblichste, schimpft auf Wärter und Gefängnisarzt oder redet sie mit unrichtigen Namen und Titeln an, oder hockt brummend in einer Zellecke, verschmiert seinen Aufenthaltsraum, bellt und lärmt interkurrent und sucht sich im Gefängnis so lästig wie möglich zu machen, bis man ihn in psychiatrische Pflege verbringt, was oft schließlich doch geschieht, nachdem vielleicht erst noch Versuche gemacht sind, ihn durch karge Kost, Duschen oder Ekelkuren auf andre Ideen zu bringen. — Es ist ungemein schwierig, in solchen Fällen auf Grund eines *Momentbildes* eine Diagnose zu stellen und Simulation nachzuweisen oder andrerseits sich im Sinne geistiger Störung zu entscheiden, denn solche Zustandsbilder kann auch ein ausbrechender Schwachsinn oder ein hysterischer Zustand einmal bieten. Es kann vorkommen, daß Kriminelle solche Bilder *gewohnheitsmäßig* bereit halten, um sich dadurch aus strafrechtlichen Verwicklungen zu befreien. Das sind Fälle, die den Gerichtsärzten gelegentlich eine harte Nuß zu knacken geben können, außerordentlich viel Schreibereien und Feststellungen notwendig machen, wenn man zu absolut zuverlässigem Resultat gelangen will.

Es sind in den letzten Jahren mehrfach solche Fälle durch unsre Klinik passiert, dann handelte es sich aber fast stets um *äußerste* Grenzfälle, um absolut undisziplinierbare, im Strafvollzug gradezu unerträgliche Individuen, bei denen man schließlich einen solchen Grad geistiger Schwäche anzunehmen sich genötigt sah, daß man sie dauernd unter den § 51 stellen mußte, mit dem Zusatz, daß dauernde Internierung in der Irrenanstalt zu empfehlen sei.

Alles in allem läßt sich also folgendes sagen:

1. Simulation geistiger Störung bei völliger geistiger Gesundheit ist etwas Seltenes.

2. Die Diagnose der Simulation läßt sich oftmals nur stellen auf Grund umfassender Kenntnis des Vorlebens und längerer Beobachtung in einer Anstalt, die oft einen größeren Zeitraum beanspruchen muß, wie die im § 81 vorgeschriebene sechswöchentliche Frist.

3. Nachweis deutlicher Täuschung soll nie bestimmen, sogleich zu

verallgemeinern und gleich im Sinne der Annahme geistiger Gesundheit zu entscheiden.

4. Je gröber und plumper die Täuschung scheint, um so verdächtiger ist sie auf eine pathologische Basis, speziell auf Imbezillität.

## VI. Psychologie und Psychopathologie im Polizeiwesen.

Wenn ich Gelegenheit nehme, die Wünsche zu formulieren und zu begründen, die man vom Standpunkte der forensischen Psychiatrie im Polizeiwesen der Gegenwart erfüllt sehen möchte, so darf ich vielleicht zunächst mit einigen Worten erklären, wie ich dazu komme, auf dieses Gebiet hinüberzugreifen. — Der Ansicht, daß es für die erfolgreiche Ausübung des öffentlichen Sicherheitsdienstes von großem Nutzen sein könnte, wenn seinen Organen ein gewisses Verständnis für einzelne, häufig vorkommende Erscheinungen des abnormen und des krankhaft veränderten Seelenlebens anerzogen würde, wird wohl jeder sich anschließen, der im Polizeiwesen tätig ist oder war. — Aber die Schwierigkeit des Stoffes und des Unterrichtes selbst wird an manchen Orten es verhindern, daß der Wunsch in die Praxis umgesetzt wird. — Man wird auch Zweifel tragen, ob das Verständnis der Schüler, die der Psychiater hier finden möchte, ausreicht, dem Lehrer zu folgen und von seinem Unterricht zu profitieren. Das ist ein Zweifel, dem man bei der bisher üblichen Art der Rekrutierung der im Sicherheitsdienst anzustellenden Mannschaften die Berechtigung nicht absprechen kann. Hat man sich doch bisher überall zunächst darauf beschränkt, verläßliche, gut beleumundete Leute, ev. mit dem Versorgungsschein entlassene Militärpersonen zu finden, die dann der praktische Dienst ausbildete so gut es ging. — Das genügt aber nicht mehr unter modernen Verhältnissen. Die häufigen Meldungen in der Presse von Übergriffen unterer Beamter dürften auch ein Beweis dafür sein. Und eine Anerkennung dieses Mangels ist es weiter auch, wenn wir neuerdings an manchen Stellen im Reich Ansätze zu einer Verbesserung der Verhältnisse konstatieren dürfen.

Das Bestreben der Jetztzeit, allen Personen, welche irgendwie mit Aufgaben zu tun haben, bei deren Erfüllung eine psychologische Schulung oder auch Kenntnisse in populärer Psychiatrie von Vorteil sind, eine solche zu geben, tritt uns auch auf diesem Gebiete entgegen. Gerade in den letzten Jahren ist die Idee, daß es gut sei, den Boden, auf dem praktische Tätigkeit Früchte zeitigen soll, theoretisch vorzubereiten, auch in das Polizeiwesen gedrungen. Es sind in verschiedenen größeren Städten (Essen, Berlin, Kottbus) Polizeischulen, Schutzmannsschulen, entstanden, in denen man die Beamten im Turnen, Fechten usw

unterrichtet, um sie körperlich auf die höchste Stufe der Leistungsfähigkeit zu bringen. Man lehrt sie, sich in gefährlichen Situationen zu benehmen, bringt ihnen Methoden bei, um den Gegner zu überwältigen. Man instruiert sie, wie man einen Tatort behandelt, damit keine Spur des Verbrechens verwischt und nichts hineingetragen wird, was verwirrend auf den Untersuchungsrichter einwirken könnte, und manches andere mehr. — Da sollte auch überall der Erwägung Raum gegeben werden, daß die Zahl der in der Öffentlichkeit sich bewegenden Psychopathen, Epileptiker und Hysteriker, der erreglichen Imbezillen und Debilen, aber auch der direkt Geistesgestörten eine große ist, und daß eine Mehrung der Menschenkenntniss bei den Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes darum sehr am Platze ist.

Als vor nun gut zwei Jahren im Großherzogtum Hessen einige Städte sich zur Errichtung einer Schutzmannsschule vereinigten, habe ich, von solchen Erwägungen geleitet, mich sofort mit den maßgebenden Persönlichkeiten in Verbindung gesetzt und sie zunächst im Prinzip bereit gefunden. die populäre Psychiatrie zu Worte kommen zu lassen. Als nicht bald darauf ein Mitglied der Gendarmerie von einem 85 jährigen Paranoiker beim Versuch, seiner sich zu versichern, eine volle Schrotladung in die Brust bekam und tot vom Platze getragen wurde, da sagten wir uns, es sei nun an der Zeit, mit dieser psychiatrischen Unterweisung einmal zu beginnen. Und so habe ich denn an vier Nachmittagen des letzten Winters in Darmstadt versucht, vor etwa 100 Beamten in populärer Form das nötig Erscheinende abzuhandeln.

Es mag mancher darüber gelächelt haben, daß man die Schutzleute nun auch noch zu Psychiatern machen wolle. Es ist auch von manchem mißbilligt worden unter Hinweis darauf, daß einer der Zuhörer sich kurz nach Beendigung des Kurses erschoß und sich vorher noch schriftlich dahin äußerte, daß er so handeln müsse, weil er aus einem der Vorträge entnommen habe, daß er geisteskrank werden würde. Durch solche Äußerungen und Vorgänge darf man sich nicht abhalten lassen, einen Unterricht zu veranstalten, dessen Gesichtspunkte stets sich mehren werden, von dem nach meiner Überzeugung die Unterwiesenen einen dauernden Nutzen haben müssen. Und wenn nur ein einziges Mal in jedem Jahre an größeren Orten durch einen umsichtigen Beamten rechtzeitig einer Betätigung schwerer Gemeingefährlichkeit vorgebeugt wird, so ist das ein Erfolg, welcher die auf den Unterricht verwendete Mühe reichlich lohnt.

Was haben wir zunächst von psychologischen Dingen den Beamten zu bieten? — Zuerst erscheint es zweckmäßig, ihnen kurz die wichtigsten Ergebnisse der Aussageforschung darzulegen, ihnen zu zeigen, welchen Trugschlüssen der normale Mensch in Bezug auf Beobachtung und Wiedergabe unterworfen ist, welche Bedeutung für die Auffassung dem Intelligenzgrade, dem Grade der Konzentration auf den Gegenstand, der Affektbeteiligung zukommt. Man verweise sie auf die psychologischen Eigenschaften, von denen die Reproduktionstreue abhängt, die Verschiedenartigkeit der Menschen in Bezug auf Erinnerungsschärfe, den verwischenden Einfluß, den die Zeit auf die Schärfe des Erinnerungsbildes ausübt, die Fehlerquellen der Erinnerung, den Einfluß der Befangenheit usw., stets unter Beziehung auf prak-

tische Beispiele und stets unter Betonung der Pflicht des einzelnen, sich selbst zur Schärfe der Wahrnehmung und zu jener Verläßlichkeit und absoluten Sachlichkeit zu erziehen, die das Ideal des Beamten ausmachen muß.

Dem Unterbeamten die Fähigkeit zum durchaus objektiven Bericht beizubringen, ist zweifellos eine der ersten und wichtigsten Aufgaben jeder Instruktion. Und wenn auch in erster Linie hier der direkte polizeiliche Vorgesetzte wohl der Lehrmeister sein muß, so darf doch der Arzt und Psychologe ihm in die Hand arbeiten, indem er auf die psychologischen, in der besonderen geistigen Verfassung des einzelnen zu findenden Klippen hindeutet und gewissermaßen Warnungssignale aufstellt.

Die Methoden der Aussageforschung sind zum Teil so einfache, die Ergebnisse so greifbare, daß man sie auch Leuten von einfacher Bildung zum Verständnis bringen kann. So darf ich auch hoffen, daß die Zuhörer begriffen haben, aus welchem Grunde die Aussage in der Form des Berichtes eine wertvollere ist, wie die beim Verhör erzielte, die ja so oft von suggestiven Momenten beeinflußt wird. — Polizeiliche Unterbeamte haben so oft außer Rapporten auch von ihnen angestellte Erhebungen vorzulegen und sollten auch dies in einer Form tun, welche den Erfahrungen auf diesem Gebiete Rechnung trägt. Wer oft Akten als Gerichtsarzt zu lesen bekommt, der weiß, wie dürftig oft solche Erhebungen, wie subjektiv gefärbt sie sind. — Oft genug sagt man sich z. B.: so kann diese Person, die da vernommen wurde, gar nicht gesprochen haben, weil die Ausdrucksweise, die einzelnen Technizismen des Berichtes ihr absolut fremd sein müssen. Oder man erlebt es, daß ein Zeuge nach seiner von einem Unterbeamten erhobenen Aussage in den Akten verständig und einsichtig erscheint, und baut Schlüsse darauf. Und wenn man ihn von Angesicht zu Angesicht sieht, so hat man den Eindruck eines unglaubwürdigen Menschen oder gar eines Schwachkopfes, der im Zusammenhang kaum sechs Worte vorzubringen vermag, bei dessen Aussage das Moment der Suggestion eine erhebliche Rolle gespielt haben muß.

Die Suggestivfrage eines Polizisten kann aus einer einfachen Prügelei eine Messeraffäre machen; sie kann Irreführungen in Bezug auf das Signalement eines mutmaßlichen Täters veranlassen; sie kann Verdacht auf Personen lenken, die mit einer Straftat nichts zu tun haben; sie kann Anlaß zu falschen Zeitschätzungen geben, welche hernach in einem Strafverfahren eine große Rolle spielen und den Indizienbeweis in eine bestimmte Richtung drängen usw. mehr. — In solchen Erwägungen erscheint es nicht unangebracht, sich bei Beamten nicht so sehr auf die bei dem einzelnen mehr oder weniger gut ausgebildeten natürlichen Fähigkeiten zu verlassen, sondern ihn systematisch anzu-

leiten, mit welchen Fehlerquellen er zu rechnen hat. Es gibt begabte Leute darunter, welche das mit der Zeit in mancher Hinsicht aus sich selbst schöpfen. Aber warum lange warten, wenn man durch die Unterweisung diese Kenntnis schneller anbahnen kann.

Um noch einige Gesichtspunkte zu erwähnen, auf die im Unterricht verwiesen wurde, so ist z. B. gesprochen worden über Wahlkonfrontation und Einzelkonfrontation, über die Bewertung des Affektes in der Zeugenaussage, über die Gefährdung der Verläßlichkeit von Aussagen durch Affektäußerungen, Ungeduld seitens des dieselben entgegennehmenden Beamten und derartiges mehr.

Im Anschluß an diese am sog. Normalmenschen zu beachtenden Eigenschaften sprach ich über die bei den Geschlechtern und den Altersstufen zu beobachtenden psychologischen Eigentümlichkeiten. Die speziell an der Frau zu findenden seelischen Besonderheiten, leichtere Bestimmbarkeit und stärkere Beteiligung des Affektlebens bei allen Handlungen, die Einflüsse der physiologischen Ausnahmezustände der Menstruation, der Gravidität, der Säugeperiode, des Klimakteriums wurden kurz erwähnt und in ihrer strafrechtlichen Bedeutung erklärt, und dann besonders ausführlich über das Kind als Zeuge und Rechtsbrecher gesprochen. — Die bedauerliche Tatsache der stetigen Zunahme des jugendlichen Verbrechertums sollte bestimmen, jede Möglichkeit seiner Bekämpfung in Anspruch zu nehmen, wo immer sie sich bietet, und es unterliegt mir keinem Zweifel, daß auch Polizeiorgane, die einen geschulten Blick besitzen und ihn in der Fahndung nach Kindern, welche sich für die Zwangserziehung eignen, betätigen, hier zur Mitarbeit berufen sind.

Oft genug liest man in den Zeitungen von Anschuldigungen sexueller Natur gegen Beamte seitens unerwachsener Mädchen. Ein vorsichtiger Mann wird nie vergessen, welche Gefahren ihm von dieser Seite drohen und wie er sie vermeiden kann, wenn man sie ihm einmal auseinandergesetzt hat.

Der Polizist ist meines Erachtens nicht nur dazu da, um bei Verstößen gegen Sicherheit und Ordnung einzuschreiten, sondern auch, um sie zu hindern, der Prophylaxe zu dienen. Er hört und sieht so vieles, oder er könnte, wenn seine Sinne geschärft werden, so vieles sehen und hören, dessen Beachtung ihn bestimmen müßte, rechtzeitig zum Warner zu werden. Wenn er z. B. sein Auge auf die Lebensweise von Greisen und Greisinnen in seinem Distrikt richtet, so könnte vielleicht manchem Unheil, das von solchen veranlaßt wird, vorgebeugt werden. Denken wir nur an fahrlässige Brandstiftungen, an Sittlichkeitsdelikte seniler Personen u. dgl.

Der Beamte, welcher an die höhere Stelle eine Anzeige erstattet, hat natürlich in erster Linie die Pflicht, sie sachlich zu formulieren

und des Urteils sich zu enthalten, wie weit zugetragene Dinge ihm wahrscheinlich dünken oder nicht. Es wird ihm aber wohl nirgendwo verboten sein, in Zusätzen zur Anzeige Auffälligkeiten zu vermerken, die ihm an Personen, welche ihm etwas zutrugen, entgegentraten oder auch andere Dinge zu vermerken. „Solche Bemerkungen“, schreibt *Wulffen* in seinem Polizeihandbuch, „können für das Schicksal eines Angeschuldigten von Entscheidung sein, indem Staatsanwalt und Richter sofort ihr Augenmerk auf die Erörterung der Zurechnungsfähigkeitsfrage richten.“

Zum Bericht einer zugetragenen Anschuldigung gehört auch eine Mitteilung des *Berichterstatters* über die Persönlichkeit, auf deren Angaben er fußt, der näheren Umstände, unter denen die Angaben zugetragen wurden, z. B. des Verhaltens des Zuträgers im Augenblick der Denunziation, ob er im Affekt war, ob unsachliche Motive, Haß, Neid usw. bei ihm durchblickten. *Denunziationen* pflegen in einem großen Prozentsatz aller Fälle von Minderwertigen, Hysterischen usw. auszugehen. Gerade hier ist auch die *Suggestivfrage* am sorgsamsten zu vermeiden. Oft genug wird es vorkommen, daß von solchen Personen Anzeigen erfolgen, die in der Form des *Berichtes* noch auf dem Boden der Wahrheit bleiben, während *Verhör* und Aufzeichnung des *subjektiv ergänzten Verhörsresultates* so viel hinzufügen, daß die Anzeige zur *falschen Anschuldigung* wird, die am Denunzianten sich rächt und den ganzen Apparat des Strafverfahrens gegen ihn in Bewegung setzt.

Wenden wir uns der Betrachtung einiger psychologischer *Aufgaben des verhaftenden Polizeibeamten* zu. Er ist es, der nach einem Rechtsbruch zuerst in der Lage ist, den Eindruck der Persönlichkeit des Verbrechers auf sich wirken zu lassen; und es kann von fundamentaler Wichtigkeit für die Auffassung der Tat bzw. des Geisteszustandes des Täters sein, wie er gerade im *Augenblick der Sistierung* sich gerierte, bzw. welche absonderliche Erscheinungen er da bot. — Es gibt *rätselhafte Straftaten*, die in psychischen Ausnahmezuständen schnell vorübergehender Art verübt wurden, deren Natur eine gute Beobachtung unmittelbar im Anschluß an die Tat zu klären vermöchte.

Der Täter hüllt sich vielleicht gleich nach der Tat in absolutes Schweigen, in dem nur zu gern Verstocktheit erblickt wird, und doch war es vielleicht das *Schweigen des völlig Geistesabwesenden*. Oder es wird ihm gar noch zu allem ein Angriff auf den sistierenden Beamten zur Last gelegt, der als *Fluchtversuch* erscheint, die Sachlage für ihn erschwert; und doch waren das vielleicht nur *die Abwehrversuche eines Verwirrten*, der die Umgebung wahnhaft verkannte!

Die richtigen Personalangaben in solchen Augenblicken sind immer noch kein Beweis für völlige geistige Klarheit. Bei allen Inhaftierungen ernsterer Art sollte der die ersten Feststellungen machende Beamte auch durch kurze Fragen sich vergewissern, ob der Häftling zeitlich,

örtlich und in bezug auf die Personen seiner momentanen Umgebung orientiert ist. Das könnte für die Erkennung transitorischer krankhafter Geisteszustände von erheblicher Wichtigkeit werden. Aber auch andere Dinge verdienen in solchen Fällen eine Aufzeichnung, speziell *auffällige Motivierungen* einer Tat. Im Affekt verrät sich unmittelbar nach der Verhaftung so oft der Paranoiker, während er später seine Beweggründe oft zu dissimulieren sucht.

Ich habe in den letzten Jahren eine ganze Anzahl Paranoiker zu begutachten gehabt, welche der Polizei zunächst als Verbrecher ohne krankhafte Basis erschienen waren, und habe mir oft die Frage vorgelegt, ob nicht bei dem einen oder anderen wesentlich früher die pathologische Beschaffenheit der Persönlichkeit sich hätte erkennen lassen.

Ein weiteres wichtiges diagnostisches Merkmal oder Kriterium für die Frage der Zurechnungsfähigkeit ist oft die *Schrift*. Ein Vergleich zwischen einer Probe, die unmittelbar nach der Tat geliefert wurde, mit einer später zu nehmenden, kann außerordentlich instruktiv sein. Die Art der Schrift gibt auch einen Gradmesser ab für die Bestimmung der *Nüchternheit*. In unsrer Zeit werden so oft Trunkexzesse entschuldigend ins Treffen geführt, ohne daß sich später ein strikter Beweis im positiven oder negativen Sinne führen läßt. Veranlassen wir einen Inhaftierten, unmittelbar vor dem Protokoll etwas zu schreiben, z. B. die Kopie einer Zeitungsnotiz, so haben wir etwas zu Händen, das nicht ganz belanglos genannt werden kann.

Bei jedem Protokoll am Tatort sollte, wenn der Täter bekannt ist, der recherchierende Beamte auch einige *Erhebungen bezüglich der Heredität* und des *Entwicklungsganges* desselben anstellen. Er tritt dem Bekannten- und Verwandtenkreise bei dieser Gelegenheit so nahe, daß er dem Untersuchungsverfahren diesen Dienst oft ohne große Mühe leisten und Dinge eruieren kann, welche den Gang desselben von Anfang an zu bestimmen vermögen.

Zahlreiche Gesichtspunkte springen uns somit bei einer Unterweisung der Sicherheitsbeamten schon entgegen, ehe wir noch in die Betrachtung der *Geisteskrankheiten* selbst eingetreten sind.

Ich orientierte meine Zuhörer dann über die geistige Beschaffenheit der dem Grenzgebiet zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit angehörenden Personen, über die auf abnorme Erreglichkeit, Alkoholintoleranz und ein abnormes Triebleben zurückzuführenden Verstöße gegen die gesellschaftliche Ordnung, die in so manchem rätselhaften Vergehen und Verbrechen wirkende Triebfeder des abnorm gearteten Sexualtriebes, (denken wir an Wäschediebstähle der Fetischisten, scheinbar motivlose Angriffe und Körperverletzungen aus sadistischen Instinkten, Zopfabschneidereien, Kleidungsbeschädigungen, die wie Taschendiebstahls-

versuche aussehen und Ähnliches mehr, Vergehungen, bei denen die frühzeitige Aufdeckung des Motivs wichtig für die Behandlung des Täters werden kann).

Wir haben uns dann einer Betrachtung der Epilepsie und Hysterie zugewandt, im speziellen unter Hinblick auf die erste Hilfe beim Anfall, die Simulationsfrage und den pathologischen Rauschzustand.

Die ausführliche Behandlung gerade dieses Gebietes dürfte, wenn man auch sonst die Wichtigkeit psychiatrischer Informationen für die Sicherheitsbeamten nicht so ganz anerkennen will, doch jedem Polizeichef erwünscht erscheinen. Ist doch die Zahl der Fälle eine so eminent große, in denen gerade Personen, die in diese Rubrik fallen, die Sicherheit und Ordnung bedrohen. So manche Schutzhaft ist schon zur Strafhaft geworden und hat zu einem umständlichen Verfahren Anlaß gegeben, das vielleicht vermieden werden konnte, wenn die Fähigkeit der Beamten, mit diesen psychopathischen Persönlichkeiten umzugehen, eine bessere gewesen wäre.

Ab und zu liest man in den Tagesblättern wohl von Epileptikern, die in Zuständen umdämmerten Bewußtseins sich bewaffneten und verbarrikadierten. Was wird dann manchmal alles aufgeboten, um ihrer habhaft zu werden! Es mag in gewissen Fällen notwendig sein, ihrer sich sofort zu versichern, wenn sie direkt Personen gefährden, z. B. Kinder, die ihnen nicht entweichen können. In so vielen Fällen aber ist das nicht der Fall, und doch bestimmt das völlig unangebrachte Bestreben, Bravour zu zeigen, die Beamten, des Schädlings habhaft zu werden koste es, was es wolle. Da sind schon Feuerspritzen aufgeboten worden, um den Kranken in die Enge zu treiben, und trotzdem wurden Menschen gefährdet und verletzt, wohingegen es soviel einfacher gewesen wäre, den Kranken zu zernieren und abzuwarten, bis die Natur in ihre Rechte tritt und er sich niederlegt zum Schlaf.

Daß der Beamte auch einer Information bedarf, wie er den im Anfall auf der Straße von ihm aufgefundenen Epileptiker zu behandeln hat, unter Requisition geeigneter Beihilfe aus dem Publikum, erscheint ganz selbstverständlich, wird er doch meist der erste sein, der in den neugierigen Volkshaufen tritt. Fragen wir aber einmal unsere Beamten, wie viele hier ihren Aufgaben gewachsen sind. Da wird uns wohl bei der großen Mehrzahl ein Manko entgegenspringen.

Daß der Beamte bei Berufungen auf überstandene Anfälle seitens eines Angeklagten oft ein wichtiges Zeugnis ablegen muß zum Zwecke einer Klärung der Natur des Anfalles, sollte ebenfalls bestimmen, ihn zur ruhigen Beobachtung zu erziehen.

Von Epileptikern werden in Bewußtseinstrübungen so oft sonderbare Handlungen begangen, deren krankhafte Natur der wohlinformierte Beamte sofort erkennen, denen er darum verständig entgegentreten wird. Denken wir beispielsweise an Entkleidungen im freien Feld, auf offener Straße u. dgl. m.

Es schadet auch nichts, wenn auch der einfache Sicherheitsbeamte etwas von der epileptischen Degeneration erfährt, von der Erreglichkeit, der geringen Glaubwürdigkeit des Epileptikers, wenn er ferner weiß, daß der schmutzige Rock des ihm auf der Landstraße begegnenden Vagabunden, dessen Gesicht viel-

leicht von Narben abschreckend entstellt ist und dem er gleich rauhe Seiten zeigen möchte, wenn er weiß, daß dieser schmutzige Rock die Folge des letzten Anfalles sein kann, in dem vielleicht dem Unglücklichen noch dazu die Papiere gestohlen wurden. Solche Erwägungen werden bei ihm nach und nach zur objektiveren Behandlung solcher Leute führen.

Bei der Erwähnung der Intoleranz und des pathologischen Rausches habe ich bei meinem Kurs für hessische Beamte kursorisch auch den *Alkoholismus* abgehandelt unter spezieller Berücksichtigung der Formen geistiger Störung, die oft von einem akzidentellen Alkoholismus überlagert werden oder auch direkt Alkoholismus vortäuschen können, z. B. hypomanische Zustände und Paralysen. Der Sicherheitsbeamte soll um die Erscheinungen des *Delirium tremens* wissen, um den alkoholischen *Eifersuchtswahn*, um den degenerativen Einfluß des chronischen Alkoholgenusses, damit er an geeigneter Stelle *Beobachtungen einschlägiger Art* zu deponieren vermag. Das kann *prophylaktischen* Wert haben. Außerdem kann es gar nicht schaden, wenn er weiß, daß der Trunkene auf gütliche Behandlung besser reagiert wie auf den straffen Polizeiton, der so oft die Anklagekette Widerstand, Beleidigung, Körperverletzung, Sachbeschädigung im Gefolge hat.

Nicht minder zahlreich wie die der Epilepsie sind die Beziehungen der *Hysterie* zur Kriminalität und damit natürlich auch zum Polizeiwesen. Die Neigung Hysterischer zur Fiktion von Verbrechen, zur sexuellen Anschuldigung, zur Unwahrheit überhaupt, sollte der Beamte kennen, damit er in kritischen Fällen seine Nachforschungen sofort in die richtige Bahn lenkt, damit er sich selbst in Acht nimmt vor falscher Anschuldigung, hinter der, wenn sie auch nicht erwiesen wird, für ihn so manches Unangenehme steht, da es doch immer Menschen gibt, die an sie glauben, zumal in jenen Kreisen, die am chronischen Blaukoller, an einer habituellen Animosität gegen die Organe der Polizei leiden.

Wenn jeder Beamte um die Unannehmlichkeiten wüßte, die ihm aus der *Recherche bei alleinwohnenden Frauen* (speziell, um ein Beispiel zu wählen, das naheliegt, bei Prostituierten) erwachsen kann, so würde wohl mancher Vorsicht walten lassen, die hier stets angebracht ist. Ein gleiches gilt auch für den Beamten, der, auf seinem Bureau sitzend, mit Frauen zu tun hat, die zwecks Meldungen, Anzeigen u. dgl. zu ihm streben.

Viel ließe sich ja hier noch sagen, gerade hier kann die Menschenkenntnis des Beamten, zumal dessen, dem eine größere Selbständigkeit überlassen ist (z. B. dem Landgensdarmen), gar nicht groß genug sein. — Blicken wir aber weiter auf die Punkte, die dem Polizeibeamten geläufig sein sollten bezüglich *Geisteskranker selbst*.

Wenn wir bedenken, daß so oft an den Sicherheitsbeamten, ich möchte sagen, psychiatrische Aufgaben hinantreten, (denken wir beispielsweise noch an die Schutzhaft Geisteskranker, an Erregungsausbrüche in

Arrestlokalen, Delirium tremens-Anfälle im Vollzug kurzer Freiheitsstrafen usw.), wenn wir erwägen, daß so oft anch der verantwortungsvolle Transport znr Anstalt ihnen zufällt, so wird es verständlich sein, wenn ich wünsche, sie möchten anch in Bezug auf die Auffassnng des Geisteskranken reifere Anschauungen gewinnen, wie sie leider anch in der Gegenwart das Publiknm meistens noch von ihm hat.

Die Wichtigkeit eines rnhigen, hestimmten, frenndlichen, schonenden Verhaltens gegen den zu Begleitenden, anf dessen Krankheitsäußerungen er nicht eingehen, dem er nichts vorlügen soll, muß ein solcher Transporteur wissen. Er soll anch über die Eventualitäten des Transportes depressiver und impulsiver Patienten orientiert sein, damit es ihm nicht passiert, daß ihm (wie jüngst auf einer süddentschen Bahnstrecke es geschah) ein Katatone per Kopfsprung ans dem Fenster geht. — Viele Anstalten verwahren sich in der Gegenwart durch Regulativparagraphen dagegen, daß Patienten durch nniformierte Beamte ihnen zngeführt werden. Es müßte aber überall Polizeiverwaltungen schon von selbst der Takt von der Verwendung uniformierter Transporteure abhalten, noch mehr von der Verwendung bewaffneter Lente. — Der Sicherheitsheamte, der einem Geisteskranken znr Begleitnng beigeordnet wird, ist halb ein Krankenpfleger dadurch geworden. Schon sein Äußeres muß das andenten.

Waffen des Transporteurs können ihm selbst Gefahr hringen, speziell hei klaren, fluchtverdächtigen Kranken. Ebenso sorgsam soll er achtgeben, daß der Kranke unbewaffnet ist, sich nicht vielleicht bei der Sistierung daheim noch bewaffnet. — Uns ist einmal ein Paranoiker zugeführt, dem im Aufnahmebad ein sechsfach geladener Revolver abgenommen wurde. Welche Unsumme von Unheil hätte er vorher anrichten können, wenn nicht die Aufnahme eine äußerst vorsichtige gewesen wäre.

Von Geistesstörungen kommt zuerst die Imbezillität in Betracht, von deren Trägern sich in der Öffentlichkeit eine hohe Zahl frei bewegt. Jeder Beamte sollte sich bei Patronillengängen gewöhnen, ein Ange auf die in seinem Revier wohnenden imbezillen Personen zu haben, sich unauffällig nach ihren Lebensgewohnheiten erkundigen, die chronisch arbeitslosen etwas zu beohachten snchen, das Stammpublikum niederer Wirtschaften darauf im stillen dnrchmustern. Die rechtzeitige Beachtung von Personen, welche stetig den Zielpunkt von Spott nnd Hänseleien ahgehen, die man so oft zum Alkoholmißbrauch verleitet, die danu zu Ruhestörungen und Unsittlichkeiten neigen (ein erhehlicher Prozentsatz davon fällt sicher nnter die Diagnose Schwachsinn), kann doch unter Umständen sehr nützlich sein und zur rechtzeitigen Vorheuge bestimmen.

Was der Arzt dem Sicherheitsbeamten von den einzelnen Formen geistiger Störung zn sagen hat, ist znnächst, daß der Geisteskranke nicht immer unter dem Bilde sich darstellt, welches das große Publikum als Ausdruck seelischer Störung ansieht, daß jeder Kranke Gefahren heraufbeschwören kann, um so leichter, je klarer und äußerlich geordneter er sich verhält. Die vielen Beziehungen, welche zwischen den einzelnen Störungen und der Kriminalität existieren, kann man selbstverständlich dem einfachen Polizeibeamten nicht alle darlegen.

Sie im Eiuzelfalle zn erkennen und daraus die Konseqnenzen zu ziehen muß selbstverständlich *Sache des höheren Beamten* bleiben. Aber einzelne Typen Geisteskranker vermag auch das Verständnis des einfachen Polizisten wohl zu erfassen, nnd daß ihm das zum Nntzen gereichen kann, wer wollte das hezweifeln? — So hahe ich denn meinen Darmstädter Schülern (mit Vorliche unter Hinweis auf die in Tagesblättern ja so massenhaft zu findenden Berichte über Kranke, welche öffentlich auffielen, störeude Handlnngen hegingeu) die Krankheitsbilder der *Melancholie*, der *juvenileu Verblödnng*, der *Paranoia* und der *Paralyse* kurz skizziert und illustriert. Speziell die Paranoia wurde ausführlicher abgehandelt, die Bedentung des *Verfolgungswahns* für Angriffe auf die Person und das *Verhalten Paranoikern* gegenüber während einer *Sistierung* besprochen sowie das Krankheitsbild der *qnernlierenden Verrücktheit* erläutert.

Die Beamten, denen ich vorgetragen, werden nicht alle in gleichem Maße davon profitiert haben, aber sicher sind zahlreiche darnnter gewesen, die eine gewisse Schätznng krankhafter Geisteszustände gelernt haben und darauf weiterbauen könuen und werden.

Das bietet noch in anderer Hinsicht Vorteile. Wenn erst mit der Zeit eine Auzahl von Beamteu populärpsychiatrische Unterweisungen empfangen haben, so wird man aus ihnen, speziell aus den intelligenteren, *Vormüuder* für manchen iu einfacheu sozialeu Verhältnissen lebenden Geistesschwachen und für die aus den Anstalten probeweise Entlassenen uehmen können.

Zur Führung einer Vormundschaft gehört mehr wie guter Wille, nämlich iu erster Linie ein Verständnis für die Eigenart des psychischen Zustandes eines Mündels als Grundlage einer rationellen Fürsorge für die *Person*, die bei so manchem Entmüudigten eine viel größere Rolle spielen sollte, wie die Unterstützung in der Besorgnng pekuniärer Angelegenheiten. Ich habe in einem Anfsatz in Friedreichs Blättern für gerichtliche Medizin vor kurzem die Frage der Wahl des Vormundes vom psychiatrischen Standpunkte einmal zn ventilieren versncht und habe konstatieren müssen, daß in dieser Hinsicht oft Mißgriffe vorkommen und Leute zn Vormündern bestellt werden, die dazu nicht qnalifiziert sind, weil ihnen das Verständnis für die Eigenheiten des Müudels mangelt.

Vou vielen Seiten schon wird in der Gegenwart darum dem Institut der *Berufsvormnndschaft* durch hesonders geschnlte Leute das Wort geredet und verlangt, daß man nicht mehr nach Gutdünken diesem oder jenem, der gerade zu einem zu Entmündigenden in verwandtschaftlichem oder freundschaftlichem Verhältnis steht, eine Knratel aufbürden soll, die so oft als eine drückende Last empfunden wird. *Woher aher Berufsvormünder nehmen*, die gut zu ihrem Amte vorgebildet sind

und das unerläßliche Verständnis für ihre Mündel mitbringen? Ich denke, auch da ließe sich abhelfen, indem man aus dem Kreise der psychiatrisch instruierten Sicherheitsbeamten entsprechend ihrer Bewährung in Vormundschaften, die ihnen zunächst *nebenamtlich* übertragen wurden, die besten auswählt und zu *Berufsvormündern* macht. Ich denke, dieser Weg, zu einem *guten Stamm von Berufsvormündern* zu kommen, wäre wohl *diskutabel* und sein Beschreiten könnte Vorteile bringen. In den letzten Jahren sind mir verschiedentlich Fälle vorgekommen, in denen zwar schon Beamte der Polizei mit Vormundschaften betraut waren, aber zum Teil den Schwierigkeiten der Situation sich nicht gewachsen zeigten, weil ihnen die richtige Auffassung des Geisteszustandes ihrer Mündel eben fehlte.

*Psychiatrie ist eine soziale Wissenschaft* mindestens in dem gleichen, wenn nicht in noch höherem Maße, wie eine ärztliche. Wir haben auch *außerhalb* unserer Anstaltsmauern Aufgaben von großer Wichtigkeit zu erfüllen und Aufklärung zu bringen, die der Öffentlichkeit zu großem Nutzen gereichen kann. Das hier abgehandelte Gebiet ist so wichtig, daß ihm überall die Aufmerksamkeit in höherem Maße zugewendet zu werden verdient, wie es bisher geschah.

## VII. Die strafrechtliche Bedeutung der Epilepsie.

Epileptiker, offenkundige sowohl als auch besonders sog. *larvierte*, stellen in der Gegenwart ein so ungemein großes Kontingent zu den Rechtbrechern, daß jeder Jurist es sich angelegen sein lassen sollte, sich eine genauere Kenntnis ihrer Eigenschaften zu verschaffen, speziell derjenigen Formen, in welchen Krampfanfälle weniger eine Rolle spielen, wie eigentümliche Zustände veränderten Bewußtseins, in denen das Denken, Fühlen und Handeln der Kranken pathologischen Einflüssen unterworfen ist.

Diese Kenntnis wird er sich am besten verschaffen können, wenn er von der Betrachtung des typischen epileptischen Anfalles ausgeht bzw. vom Verhalten des Bewußtseins in demselben. Eingeleitet wird der typische Anfall zumeist durch einen Moment eigentümlicher Spannung und Beklommenheit, oft durch einen Schrei. Es folgen bei *erloschenem* Bewußtsein allgemeine Muskelkrämpfe, oft begleitet von Speichelfluß und unwillkürlichen Entleerungen. Dann tritt Ruhe ein, oft unter zyanotischer Gesichtsverfärbung und röchelnder Atmung, die langsam in Schlaf oder allgemeine Mattigkeit ansklingt. — Ist zeugenmäßig festgestellt, daß eine Persönlichkeit an Zuständen dieser Art leidet oder gelitten hat, so wird sie mit Bestimmtheit als epileptisch veranlagt bezeichnet werden dürfen.

Nun ist aber die *Zahl der Varianten* eine außerordentlich große sowohl in Bezug auf die Intensität der Krampferscheinungen, die Dauer der Krämpfe und das Verhalten des Bewußtseins während des Anfalles, als auch in Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens. Den typischen Anfall charakterisieren Krämpfe, *Bewußtlosigkeit* und *Erinnerungslosigkeit* für die Dauer des Anfalles. Dann aber gibt es Zustände, bei welchen Krämpfe nur in vereinzelten Muskelgruppen auftreten, das Bewußtsein nur vorübergehend getrübt und die Fähigkeit, hernach an Vorgänge im Anfall sich zu erinnern, nicht völlig geschwunden ist. Und ferner gibt es Fälle, in welchen *Krampferscheinungen völlig fehlen* und nur das Bewußtsein für kürzere oder längere Zeitdauer getrübt und verändert ist. Man spricht in diesen Fällen von *Dämmerzuständen* oder *Äquivalenten*. Wer sich die Geistesverfassung eines im Dämmerzustande befindlichen, larvierten Epileptikers klar machen will, geht am besten von einer Betrachtung der psychischen Beschaffenheit des typischen Epileptikers gegen Ende des Krampfanfalles aus. Langsam erwacht die größte Anzahl der vom Krampf Befallenen aus der Erschlaffung, welche das dritte Stadium des typischen Anfalles bildet. Langsam gewinnt er die Herrschaft über seine Muskeln wieder und beginnt sich wieder zu orientieren, seine Umgebung zu erkennen. Er kommt nach und nach wieder „zu sich". Bei anderen folgt dem Anfall ein tiefer Schlaf, aus dem sie alsdann zur Klarheit erwachen. Bei einer dritten Gruppe *bleibt aber die Aufhellung des Bewußtseins noch aus*, obwohl der Kranke sich schon zu bewegen vermag, umhergeht, komplizierte Handlungen ausführt. Der Kranke besitzt dabei noch nicht wieder die richtige Kritik für seine Umgebung, Sinnestäuschungen ängstigenden Inhaltes drängen sich zwischen ihn und die Wirklichkeit, impulsiv entäußert er sich heftiger Triebe. Geisteszustände dieser Art können sich nun einstellen, *ohne daß Krämpfe vorausgingen*, und die zu dieser Klasse von Epileptikern gehörigen Personen sind innerhalb dieser Äquivalente sowohl in Anstalten als auch vornehmlich außerhalb derselben in hohem Grade gefährlich für ihre Umgebung. Ihr scheinbar geordnetes äußeres Verhalten, der Umstand, daß sie komplizierte Handlungen ausführen (z. B. größere Wanderungen, Reisen auf der Bahn usw.), steht zu der schweren Störung der Gedankentätigkeit oft in so auffälligem Gegensatz, daß niemand zunächst in ihnen unter krankhaften Einflüssen Handelnde zu erblicken geneigt ist.

Die Färbung des Krankheitsbildes der Epilepsie ist noch eine um so buntere, als die Störung bei dem gleichen Individuum bald in der Form schwerer Anfälle, bald in derjenigen leichter, schnell vorübergehender Bewußtseinstrübungen, bald in derjenigen des Äquivalents, ohne einleitenden Krampf, sich zeigen kann.

Für den Ausbruch der Krankheit sind in manchen Fällen äußere

Schädlichkeiten verantwortlich zu machen: Schädelverletzungen, Gehirnerschütterungen, chronische Aufnahme von Nervengiften (Blei, Alkohol), Infektionskrankheiten, Neubildungen des Hirns usw. In zahlreichen Fällen fehlt jedoch jeder ätiologische Anhaltspunkt, so daß man von „kryptogenetischen“ Formen sprechen muß. In diesen Fällen handelt es sich nach neuesten Ergebnissen der mikroskopischen Gehirnanatomie um entzündliche Vorgänge und dadurch bedingte Strukturveränderungen der Hirnrinde, pathologische Prozesse, die manchmal in der Heredität begründet sind: Abstammung von Trinkern, Syphilitikern. Nicht selten zeigt die Obduktion auch gröbere, schon makroskopisch erkennbare Veränderungen.

Setzt die Krankheit in früher Kindheit ein und geht sie mit häufigen Anfällen einher, so kann die geistige Entwicklung dadurch verlangsamt, gehemmt oder ganz unterdrückt werden (epileptische Idiotie). Setzt sie erst ein, nachdem schon ein gewisser Fonds von Kenntnissen und Erfahrungen gesammelt wurde, so ist der Verlauf oft ebenso verderblich und unter Häufung der Anfälle (sog. Status epilepticus) kommt es häufig zur Entwicklung hochgradiger geistiger Schwächezustände. — Treten jedoch die Anfälle selten ein, so vermag der Epileptiker intellektuell vorwärts zu schreiten und sich vielleicht sogar eine Lebensposition zu schaffen. Nicht selten sind die Fälle, daß in früher Jugend bei jemandem Anfälle auftreten und ganz wieder verschwinden, um dann während der Pubertät oder später wieder einzusetzen. Indessen gibt sich die krankhaft veränderte Beschaffenheit der Epileptiker zumeist nicht nur in Anfällen kund, sondern auch in anfallsfreien Zeiten lassen sich an den nervösen Apparaten Symptome nachweisen, wie z. B. Reflexsteigerungen, Zittererscheinungen, neuralgische Störungen. Und die Tatsache, daß dauernd pathologische Einflüsse im Organismus wirksam sind, dokumentiert sich weiter in einer nach und nach immer deutlicher hervortretenden Veränderung der Persönlichkeit bzw. einer Herabsetzung der psychischen Leistungen: sog. epileptische Charakterdegeneration. Der epileptische Charakter zeichnet sich in ausgeprägten Fällen aus durch große Reizbarkeit, launisches, mißtrauisches, zu heftigen Affektausbrüchen neigendes Wesen, Empfindlichkeit, Mangel an altruistischen Regungen bei gesteigertem Selbstgefühl, Einsichtslosigkeit und Unberechenbarkeit.

Eine erhebliche Quote der Epileptiker ist alkoholintolerant und reagiert auf Alkoholgenuß mit Anfällen oder Aequivalenten. Andrerseits gibt es indessen auch Personen mit der Eigenschaft der Intoleranz, welche auf Alkoholgenuß pathologisch reagieren, in Zustände umdämmerten, getrübten Bewußtseins gelangen, ohne gerade Epileptiker zu sein. Weiterhin kann zweifellos chronischer Alkoholmißbrauch zum Auftreten von Krampf-

anfällen von epileptischem Typus führen. Zwischen Epilepsie und Alkohol bestehen somit enge Beziehungen.

Zu erwähnen ist endlich, um die Mannigfaltigkeit der Krankheitsformen, die auf dem Boden der Epilepsie auftreten können, zu illustrieren, daß auch transitorische Störungen unter dem Bilde der Melancholie, der manischen Erregung und solche mit paranoischem Gepräge sich zeigen können. Höchst wahrscheinlich ist eine große Anzahl der Fälle unter der Diagnose des manisch-depressiven Irreseins oder der zirkulären Geistesstörung in das Gebiet der Epilepsie zu rechnen, denn bei einer nicht geringen Zahl der hierhingehörenden Kranken kann man auch in den „gesunden" Intervallen zwischen den einzelnen Anfällen ausgesprochener geistiger Störung nervösen Erscheinungen und allmählicher Charakterdegeneration begegnen, also epilepsieverdächtigen Komponenten. (Sommer). Auch die transitorischen Psychosen der Epileptiker kann man als Äquivalente bezeichnet finden.

Die forensischen Beziehungen der Epilepsie lassen sich unter zwei Gesichtspunkten auffassen. Es kann sich um Delikte handeln, die im Dämmerzustand oder Äquivalent begangen wurden, und um Delikte, welche sich aus der Charakterdegeneration und erworbenem Intelligenzdefekt herleiten lassen.

In Dämmerzuständen begeht der Epileptiker gelegentlich Gewalthandlungen (Tötung, Notzuchtsakte) äußerster Art, deren Ausführung auf den ersten Blick den Eindruck bestialischer Roheit erwecken kann, Brandlegungen usw. Oft ist es das Motivlose, Abrupte, mit den sonstigen Lebensgewohnheiten des Täters gar nicht in Einklang zu Bringende, was sofort den Verdacht auf eine epileptische Veranlagung wecken muß, welchem die Angaben über Erinnerungslosigkeit dann noch eine Stütze verleihen. Dabei sei indessen scharf betont, daß die Fähigkeit, einzelne Momente aus einer im Dämmerzustand begangenen Tat zu erinnern, keineswegs als Argument gegen die Annahme einer Epilepsie verwendet werden darf, wenn sonst hinreichend Gründe dafür vorhanden sind.

Verhängnisvoll können dem Epileptiker die sich über längere Zeit erstreckenden Äquivalente mit melancholischem Gepräge oder paranoischer Färbung werden, indem depressive Ideen oder temporär mit der Stärke von Wahnvorstellungen ihn bestimmende Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen ihn zu unsozialen Handlungen treiben (Tötung naher Angehöriger bei scheinbar völliger Klarheit, scheinbar überlegter und vorbereiteter Mord).

In der großen Mehrzahl der Fälle, in welchen man dem Epileptiker vor Gericht begegnet, handelt es sich um Delikte, die ihn geistige Schwäche begehen ließ (Mangel an Verständnis für die Strafbarkeit einer Handlung) oder zu denen die Änderung des Charakters führte.

Die Reizbarkeit treibt zur Beleidigung, Körperverletzung oder gar zum Totschlag; die pathologische Gehässigkeit zur falschen Denunziation oder zum Meineid, oder zum fahrlässigen Falscheid. Aus gesteigertem Egoismus resultieren Betrug, Fälschung, Unterschlagung; aus einem Mangel an Altruismus Vernachlässigung der natürlichen Pflichten (Verwahrlosung von Kindern) usw.

So führen den Epileptiker zum Teil seine Eigenschaften direkt zum Verbrechen, zum Teil aber tun sie es indirekt, indem sie, wo immer er hinkommen mag, die Umgebung bestimmen, ihn abzulehnen. Speziell der an häufigen Anfällen leidende Epileptiker ist auch in der Gegenwart oft noch traurig daran, da die staatliche Fürsorge für Epileptiker noch sehr im Argen liegt und sich im allgemeinen nur derjenigen annimmt, welche gemeingefährlich erscheinen. Jene relativ Harmlosen, die der Anfall niederwirft, und die dann nach ihm sich ausschlafen und klar erwachen, bei denen also kein äußerlicher Grund der Internierung ersichtlich ist, sie finden nirgends dauernde Arbeit, sondern werden überall fortgeschickt, nachdem man sie als Epileptiker erkannt hat. So leiden sie Mangel, gelangen zum Bettel, zur Vagabondage oder stehlen aus Not. Ihr Äußeres, das von Narben entstellte Gesicht, das im Anfall verunreinigte Kleid, veranlaßt viele, sie zu fliehen und rauh abzulehnen.

Erfahrene Zurücksetzung und schroffe Behandlung löst alsdann so oft bei dem empfindlichen, reizbaren Epileptiker pathologische Wutzustände aus (Angriffe auf verhaftende Beamte, Beleidigungen, Sachbeschädigungen usw.).

Die Feststellung der epileptischen Natur eines Angeschuldigten kann gelegentlich eine sehr leichte Aufgabe sein, wenn einwandfreie Zeugen Anfälle gesehen haben oder solche in der Untersuchungshaft auftraten, wenn körperliche Zeichen überstandener Anfälle (Zungennarben, Narben des Gesichts usw.) nachzuweisen sind, wenn der Nachweis einer Charakterveränderung und einer stets zunehmenden intellektuellen Schwäche sich führen läßt. Sie kann indessen auch äußerst schwierig sein, wenn es sich um seltene Anfälle oder Äquivalente handelt, wenn auffällige Intelligenzdefekte fehlen, eine deutliche Degeneration nicht auffällig hervortritt. In solchen Fällen bedarf der begutachtende Arzt engster Fühlung mit dem zu Begutachtenden, welche nur sich erzielen läßt durch Einweisung in eine psychiatrische Anstalt, nicht aber durch Besuche im Untersuchungsgefängnis. Es bedarf dann einer genauen Durchforschung der Heredität und des gesamten Vorlebens, einer sorgfältigen Untersuchung des Nervenapparates, eingehender Prüfung der Intelligenz, Beobachtung des Verhaltens im Schlafe usw. Eventuell kommen auch Alkoholversuche in Betracht, deren Be-

deutung für die Diagnose einer larvierten Epilepsie noch lange nicht genügend gewürdigt wird.

Für die Beurteilung der Delikte seitens epileptischer Personen kommen folgende Gesichtspunkte in Betracht:

1. In anfallsfreien Zeiten muß der in seiner Intelligenz nicht reduzierte Epileptiker als strafrechtlich verantwortlich gelten.

2. Wer von Anfang an infolge früh auftretender Epilepsie in seiner geistigen Entwicklung zurückblieb, oder wer nachweislich nach anfänglich guter Entwicklung der geistigen Fähigkeiten infolge Erkrankung an Epilepsie auf dem Gebiete der Intelligenz eine Einbuße erfuhr, muß streng individualisierend nach dem Grade der vorhandenen geistigen Schwäche beurteilt werden.

3. Läßt sich bei einem epileptischen Täter eine Summe von Intelligenz nachweisen, angesichts derer man ihn nicht schwachsinnig nennen kann, und ist für den Moment der Straftat weder ein Dämmerzustand, noch ein psychischer Ausnahmezustand nachzuweisen oder wahrscheinlich, so müssen doch bei einer Strafzumessung die bei der Tat eventuell mitwirkenden spezifischen Charaktereigenschaften mildernd die richterliche Auffassung beeinflussen. Auch der Umstand, daß indirekt die Epilepsie zur Gesetzesübertretung geführt haben kann (s. oben), will berücksichtigt sein (z. B. Diebstahl, Bettel des arbeitswilligen, aber infolge des Leidens keine Arbeit findenden Epileptikers).

4. Ging dem Affektverbrechen eines Epileptikers eine früher im Affekt ausgestoßene Drohung mit dem Verbrechen voran, so darf daraus nicht hergeleitet werden, daß die betreffende Gewalttat mit Vorsatz begangen wurde.

5. In Dämmerzuständen und Äquivalenten ist der Epileptiker dem Geisteskranken gleich zu achten und untersteht dem Schutze des § 51 Str.G.B.

6. Auch ohne daß typische Anfälle nachgewiesen sind, muß der Richter die Diagnose einer Epilepsie anerkennen, vorausgesetzt, daß sie sonst ärztlicherseits eingehend begründet wird.

7. Auch Handlungen, für welche das Erinnerungsvermögen nicht völlig aufgehoben ist, können auf epileptischer Basis entstanden sein bzw. der Nachweis, daß Erinnerung an einzelne Tatmomente besteht, spricht nicht gegen Epilepsie.

## VIII. Die strafrechtliche Bedeutung der Hysterie.

Hysterie (Psychogenie, Sommer), ist eine Neurose, deren Name aus der Terminologie des Arztes in den Wortschatz der Laien hinübergenommen ist, welche damit zumeist recht korrekturbedürftige Begriffe

verbinden. Der großen Menge gilt der Name identisch mit sexuell begehrlich, lügenhaft, verleumderisch, eigensinnig, exaltiert, sensationslüstern, launisch, boshaft usw. Die Eigenschaften des Hysterikers werden ihm zum Vorwurf gemacht, es wird wohl gar Mangel an Selbstzucht und gutem Willen in ihnen erblickt und demgemäß die Behandlung eingerichtet. Von dieser Auffassung der Hysterie und von der Neigung, ihren Trägern nach den Regeln der Normalpsychologie entgegenzutreten, muß auch der Jurist sich frei machen.

Es handelt sich um Funktionsstörungen auf nervösem Gebiete, entweder infolge angeborener Anlage oder erworben durch äußere Momente (Kopfverletzungen, schwere Krankheiten, welche den Organismus schwächten, psychische Traumen wie Schreck, Angst usw.). Das gesamte Nervensystem befindet sich in einem Zustand erhöhter Reizbarkeit; Gefühl und Phantasie prävalieren im Geistesleben unverhältnismäßig vor anderen seelischen Eigenschaften; der Affekt spielt eine große Rolle; Vorstellungen können eine solche Macht über das Individuum erlangen, daß sie körperliche Funktionen beeinflussen (z. B. Lähmungen oder Spannungszustände der Muskulatur herbeiführen); die Beeinflußbarkeit ist eine gegen die Norm gesteigerte, so daß eine Vorstellung genügen kann, um sofort einen Umschwung der Stimmung ins Extrem zu veranlassen.

Wie bei der Epilepsie so treten auch bei der Hysterie auf nervösem Gebiete Erscheinungen hervor, deren Nachweis auch für den Richter Bedeutung hat, da in ihnen der Beweis für die Richtigkeit der Diagnose liegt. Der Arzt, welcher im Forum jemanden als Hysteriker bezeichnet, tut dies auf Grund wichtiger körperlicher Indizien hin, welche eben deutlich zeigen, daß es sich um ein anormales Individuum handelt. Diese körperlichen Symptome sind: Angaben über eigentümliche Sensationen im Halse (sog. Globusgefühl), Reflexsteigerungen bis zum Auftreten von Krämpfen im Anschluß an Druckwirkung auf einzelne Körperstellen (hysterogene Zonen), Störungen des Gefühls im Sinne der Herabminderung oder Vermehrung oder völliger Aufhebung in bestimmten Hautbezirken, vorübergehende Lähmungserscheinungen (z. B. der Stimme) usw. Alle diese Symptome faßt man unter der Bezeichnung „Stigmata“ zusammen.

Der eigentliche Anfall unterscheidet sich vom epileptischen zumeist wesentlich dadurch, daß das Bewußtsein erhalten bleibt; auf der Höhe des Anfalles waltet noch eine unverkennbare Vorsicht; Zungenverletzungen unwillkürlicher Abgang der Exkremente fehlen. Indessen kann in immerhin aber seltenen Fällen sogar dem Facharzt die Entscheidung, ob es sich um Epilepsie oder Hysterie handelt, schwierig werden.

Hysterische Zustände mit konvulsivischem Weinen und Schluchzen zu beobachten, wird der Untersuchungsrichter nicht selten Gelegenheit

haben, seltener dagegen wohl den Effekt exzessiv freudiger Erregung (Lachkrämpfe). Er muß wissen, daß Teilnahme, Tröstungs- und Beruhigungsversuche zumeist nur steigernd wirken. Bei richtigem Verständnis für das Abnorme dieser Zustände, deren Auftreten in der Konstitution seine Erklärung findet, wird er auch nicht in den Fehler verfallen, mit Rüge oder Strafandrohung dagegen vorzugehen.

Aus den drei Eigenschaften der gesteigerten Erreglichkeit, der erhöhten Tätigkeit der Phantasie und der Beeinflußbarkeit lassen sich alle charakteristischen Züge der Hysterischen herleiten.

Aus der gesteigerten Erreglichkeit erklärt sich zunächst die *Exaltiertheit.* Minimale Anlässe lösen Affektstürme aus, die ebenso schnell wieder schwinden und dem andren Extrem Raum geben. Geringe körperliche Indispositionen wecken äußerste Befürchtungen, so daß der Eindruck der *Übertreibung* entsteht, und die unzeitige Anteilnahme einer unkritischen Umgebung steigert das subjektive Krankheitsgefühl noch. So kann der Anschein schwerer körperlicher Erkrankung hervorgerufen werden, bis ein einmaliges energisches Durchbrechen des krankhaft veränderten Vorstellungslebens wie durch ein Wunder die Heilung herbeiführt. — Das *Milieu,* in dem die Hysterischen aufwachsen, beeinflußt ihre Entwicklung stark. An übermäßige Teilnahme und Sorge gewöhnt, dressieren sie sich geradezu zur Selbstbeobachtung ihrer körperlichen Vorgänge, beanspruchen übermäßige Beachtung und fühlen sich berechtigt, den Mittelpunkt des Interesses zu bilden. Das *Bedürfnis, beachtet zu werden,* wird ihnen zur zweiten Natur, und ihre Sensationslüsternheit führt nicht selten zu fingierten und oft absurden Handlungen (hysterische Fiktionen sexueller Attentate, Beraubungen usw.)

Infolge der *gesteigerten Phantasietätigkeit* wird sofort Erlebtes und Geschautes weitergesponnen, Tatsächliches und Kombiniertes werden vermischt, die Eindrücke aus verschiedenen Zeitpunkten miteinander vermengt. So *kann* es kommen, daß Hysterische völlig unfähig zur objektiven Wiedergabe von Beobachtungen werden und auf Grund ihrer eigentümlichen Geistesbeschaffenheit bona fide die Unwahrheit berichten. Doch ist daran festzuhalten, daß „hysterisch" nicht immer mit „unwahr und zur phantastischen Entstellung neigend" identisch gesetzt werden darf, da es Hysteriker gibt, welche Verstand und Urteilsfähigkeit genug besitzen, um Selbstkorrektur üben und die Klippen, zu denen ihre abnorme Kombinationskraft sie so leicht führt, meiden zu können.

Auch auf dem Boden der Hysterie kann es zum Ausbruch *länger dauernder Psychosen* vom Bilde der Melancholie, Manie oder auch der Verrücktheit kommen, die in relative Genesung auslaufen. Auch

werden *Zustände traumhaft veränderten Bewußtseins* beobachtet, Dämmerzustände.

Wie die Epilepsie, so führt auch die Hysterie oft im Laufe der Zeit zu einer *Ummodelung der ganzen Persönlichkeit in degenerativem Sinne.* Ethische Defekte setzen ein, ein egozentrisches Sensationsbedürfnis beherrscht die Lebensführung, was um so gefährlicher sein kann, wenn die betr. Persönlichkeit etwas Gewinnendes in ihrem Äußeren hat (*Faszination*) und wenn sie dazu noch über eine *gute Dialektik* verfügt. So kommt zur unbewußten Unfähigkeit zur objektiven Wiedergabe noch die aus Intrigenlust und dem Wunsche, aufzufallen, herzuleitende *bewußte* Lüge und Entstellung hinzu, und die Persönlichkeit kann geradezu gemeingefährlich werden, obwohl sie gerade keine Gewalttaten begeht oder jemals begehen wird. Nicht selten sind jene Hysteriker, die über ihre Person, ihre Beziehungen, Herkunft, Vermögensverhältnisse usw. förmlich einen Roman zu berichten wissen, dessen Einzelheiten sich im Rahmen des immerhin Möglichen halten, so daß unkritische Köpfe sie leicht für bare Münze nehmen (pathologische Schwindler, phantastische Pseudologie.).

Die *Beziehungen zum Strafrecht* ergeben sich leicht aus den spezifischen Eigenschaften. Die leichte Erreglichkeit prädisponiert zum *Affektverbrechen*, die Steigerung der Phantasietätigkeit kann zur *Falschaussage* führen. Der degenerierte Hysteriker wird gelegentlich des *groben Unfugs* oder der *Verleumdung* und *Beleidigung* angeklagt, wenn er aus Sensationslust unzutreffende Behauptungen über Verbrechen und Vergehen an sich selbst aufstellte und so die Öffentlichkeit unnötig in Anfregung versetzte. *Jeder Art von Verbrechen* kann man bei den Vertretern dieser Veranlagung begegnen, jede unsoziale Handlung kann gelegentlich einen *hysterischen Kern* besitzen oder aus spezifisch hysterischer Charakterveranlagung resultieren. In gewissem Sinne *Lieblingsdelikte* sind *Betrug* und *falsche Anschuldigung*.

Wie der Epileptiker, so fällt auch der Hysteriker *nicht ohne weiteres* unter den § 51 des Strafgesetzbuches, sondern es kommt auf den Grad der Stärke an, in welchem im Einzelfalle die Neurose besteht. Personen mit *leichten* körperlichen Symptomen nervöser Schwäche, welche eine gegen die Norm erhöhte Erreglichkeit besitzen, sich leicht beeinflussen und die Reproduktionstreue vermissen lassen, dabei aber eine normale Intelligenz aufweisen, können *nicht* den Anspruch, als unzurechnungsfähig zu gelten, erheben. Immerhin mag der Nachweis hysterischer Veranlagung bei Affekthandlungen zur *milderen* Beurteilung bestimmen, zumal wenn vielleicht außerdem die ohnehin schon bestehende psychische Labilität durch Alkoholeinfluß noch vermehrt wurde. — Läßt sich beweisen, daß hinter einem zunächst

auf ehrlose Gesinnung schließen lassenden Verbrechen eine aus hysterischem Affekt erklärliche Triebfeder zu suchen ist (z. B. Diebstahl aus Neid von Gegenständen, deren widerrechtliche Wegnahme nicht mit dem Erlangen eines Vermögensvorteils verknüpft ist), so wird dies ebenfalls einen Einfluß auf die Strafe haben müssen.

Auch bei ausgesprochen hysterischer Beschaffenheit und deutlichen Zügen hysterischer Degeneration sind die Bedingungen des § 51 nicht unbedingt als erfüllt anzusehen. In vielen Fällen vermag hier eine Freiheitsentziehung doch im Sinne einer Verstärkung der Hemmungen zu wirken. — Zu erwägen ist stets, daß der Einfluß der Untersuchungshaft und auch der des Strafvollzuges bei hysterisch Veranlagten ein äußerst ungünstiger sein kann, insofern als es oft zur Entwicklung transitorischer Störungen (Depression, Erregungszustände) kommt, in welchen dann zweifellos alle Bedingungen des § 51 erfüllt sind, ohne daß indessen der Zustand der Unzurechnungsfähigkeit bis zur Zeit der Tat zurückdatiert werden darf. Solche Fälle können dem Untersuchungsrichter große Schwierigkeiten bereiten, da oft die Wiederaufnahme eines wegen des Auftretens von Geistesstörung zunächst sistierten Verfahrens sofort neue Symptome zeitigt und abermals Verhandlungsunfähigkeit herbeiführt.

Handelt es sich um weibliche Personen mit starken hysterischen Zügen, deren generelle Unterstellung unter den § 51 nicht angängig erscheint, so ist in jedem Einzelfalle sorgfältig zu erwägen, ob nicht außer der hysterischen Anlage auch noch zur Zeit der Tat bestehende physiologische Ausnahmezustände (Schwangerschaft, Menses Säugegeschäft, Klimakterium) exkulpierend in Betracht kommen. Daß auch hier ein vorangegangener Alkoholgenuß eine ganz andre Rolle spielt, wie bei einem Menschen mit gesundem Nervensystem, liegt auf der Hand.

Straftaten, begangen durch Hysterische im Dämmerzustand oder in transitorischen Geistesstörungen, scheiden naturgemäß aus der strafrechtlichen Betrachtung aus.

Große Schwierigkeiten kann die Beurteilung jener Schwindler und Hochstapler bereiten, bei denen hysterische Züge in die Erscheinung treten. Ihre Unwahrheiten lassen sich bei genauerer Analyse oft in bewußte Zwecklügen aus dem Motiv, Vorteile zu erlangen, scheiden und in Erfindungen, die in das Gebiet der Wahnbildung hinübergreifen. Die Unfähigkeit, Eindrücke des Traumes, der Lektüre von denjenigen des realen Lebens zu unterscheiden, kann zu einer Verfälschung der Vorstellungen über die eigene Persönlichkeit führen. In solchen Fällen wird sorgsame Durchmusterung des gesamten Lebensweges oft den Nachweis zu erbringen vermögen, daß das psychopathologische Moment vor dem kriminellen prävaliert. Damit ist der Weg, den die Beurteilung solcher Persönlichkeiten einzuschlagen hat, gegeben, sie sind ein Objekt

der Psychiatrie, nicht des Strafrechts und dementsprechend zu versorgen. Sehr oft ergibt die Anamnese in solchen Fällen starke Heredität und eine von der allerersten Jugend an abnorm verlaufene Entwicklung. Immerhin darf der Strafrichter aber verlangen, daß das Pathologische der Persönlichkeit auf das eingehendste bewiesen wird. Phantastische Erfindungen und Schwindeleien müssen zwar bestimmen, in eine sorgfältige Prüfung des Geisteszustandes eines Angeklagten einzutreten, sie sind aber an sich nicht vorschnell mit hysterischer Veranlagung identisch zu setzen.

Zu betonen ist noch, daß gelegentlich hinter den Symptomen der Hysterie ein angeborener Schwachsinn versteckt ist, der dann bei strafrechtlichen Verwicklungen als Hauptargument für den Nachweis der Unzurechnungsfähigkeit in Frage kommt, vorausgesetzt, daß überhaupt der Grad desselben die Unterstellung unter den § 51 rechtfertigt.

* * *

Herr Professor W. Mittermaier[1]) sprach in einer Reihe von Vorträgen:

## Über die Grundlagen des Strafrechts.

### I.

Lebhaft wie immer streitet man sich über die Grundlagen des Strafrechtes; dabei finden wir alle Schattierungen der Ansichten von denen der radikalsten Klassiker bis zu den einseitigsten Modernen. Aber wir müssen die Gegensätze überwinden, — nicht in einem äußerlichen Kompromiß, sondern innerlich, — und das ist wohl möglich! Jedenfalls ist eine feste, in sich einheitliche Ansicht nötig für den Gesetzgeber. Die Grundansicht muß sich aber, da sie ein soziales Gebiet betrifft, den sozialen Verhältnissen anpassen, kann also nicht eine für alle Zeiten gleich richtige sein.

### II.

Die Strafe ist heute sicher Reaktion gegen eine Tat und als solche Vergeltung. Darüber kommen wir nicht weg: der Ausbau der Gesetze beweist das. Aber der Begriff Vergeltung ist nicht klar gestellt; einseitig nennt man sie Sühne, Ausgleichung, Rache, Generalprävention. In Wahrheit ist sie ein soziales Zweckmittel zur Aufrechterhaltung der Autorität des durch die Tat erschütterten Rechts gegenüber Täter und Allgemeinheit. Als solche hat sie sich auch im allgemeinen bewährt. —

[1]) Die Vorträge werden ausführlich im Frühjahr 1908 im Verlag von Töpelmann in Gießen erscheinen.

III.

Aber die radikalen Modernen verlangen ihre Abschaffung, da die Reaktion gegen die Tat verkehrt sei, und man einfach die in dem Charakter eines Menschen liegende Gefahr zu beseitigen trachten müsse. — Diese Rücksicht auf die psychologische Eigenart des Täters ist auch voll berechtigt. Die Klassiker vernachlässigen diese Seite, d. h. die Spezialprävention. Allerdings können sie den modernen Gedanken nicht ganz abweisen. Das Leben ist ihm auch stets gerecht geworden: im Strafmaß, (z. B. bei den Jugendlichen, den Rückfälligen, bei der tätigen Reue,) im Strafvollzuge noch mehr. Nur systematisch wird das nicht ausgebaut. Die Klassiker wollen aber die Berechtigung sogen. sichernder Maßnahmen als Prävention gegen Gefahren der Gesinnung annehmen. —

Der Gegensatz der zwei Richtungen liegt nun wesentlich darin, daß die Klassiker an die Tat anknüpfend gegen diese eine Reaktion wollen, die Modernen höchstens die Tat als Beweismittel ansehend und rein die allgemeine psychologische Eigenart der Person berücksichtigen wollen. Damit geben diese das Schuldprinzip auf und können nicht mehr von Strafe reden. So radikal freilich denken nicht alle! — Die moderne auf die Erfahrungen der Psychologie und Statistik aufgebaute Arbeitsmethode sowie der Gedanke, daß man ein einheitliches System der verschiedensten Mittel zur Bekämpfung des Verbrechens aufstellen müsse, das kann so wenig einen Gegensatz der Richtungen kennzeichnen, wie etwa die Frage der Willensfreiheit.

IV.

Ich erkläre die Strafe als Vergeltung für notwendig. Die Tat muß wegen ihrer Erschütterung des sozialen Lebens und wegen ihrer symptomatischen Bedeutung ideell unterdrückt werden. Das lehrt die Erfahrung. Die Gesinnung allein zu bekämpfen, ist nicht Aufgabe des Rechtes. Der Gedanke der Generalprävention und der Genugtuung sind nicht nebensächlich. Daher muß auch die Strafe das Äußere der Tat und die Verschiedenheit der Tatbestände berücksichtigen. — Aber die Vergeltung will für die Zukunft wirken und an den Geist appellieren. Daher kann sie nur Taten berücksichtigen, die jemand vermeiden kann, d. h. die schuldhaften. Hiermit wird die Strafe dem überaus wichtigen Faktor der sittlichen Verantwortung gerecht, den die Modernen ganz beiseite lassen; und sie kann auch die Eigenart des Charakters berücksichtigen, denn die Schuld ist im Charakter begründet. Ja sie kann sogar viel besser die Gesinnung beachten, als die Modernen, da sie derselben in der Schuldfrage genauer nachgeht. Soweit sie aber dem Charakter des Täters nicht gerecht wird, und etwa Gefahren in diesem übrig bleiben, müssen sichernde Maßnahmen neben ihr eingreifen. —

Charakter, Gesinnung des Menschen, die hier berücksichtigt werden soll, ist nicht die ganz allgemeine Gesinnung, sondern die Rechtsgesinnung, die Stellung des Menschen zur Rechtsordnung, an deren festem Aufbau die Modernen sehr wohl festhalten müssen. Diese Gesinnung ist die Masse der sozialen Vorstellungen, die der Mensch in sich aufnahm, und die bei jeder Handlung mitspricht. Sie kann stark oder schwach, groß oder klein sein; sie kann einheitlich sich auf die Erhaltung der Rechtsordnung beziehen oder verschwommen sein, oder umgekehrt ihr Ziel direkt entgegen der Rechtsordnung suchen. — Dieser Charakter, den die Klassiker ja auch berücksichtigen, läßt sich mit psychologischen Mitteln, mit psychiatrischen Untersuchungen und sehr gut auch aus den Taten und deren Motiven erkennen. Eine absolute Klarstellung wird so wenig gelingen, wie heute dem Strafrichter die Erkenntnis der Schuld; es genügt aber auch die Feststellung der allgemeinen Charakterrichtung. —

Der Gedanke, den z. B. Aschaffenburg vertritt, daß man eine „soziale Verantwortung“ ohne jede Schuld, also auch des Geisteskranken aufstellen müsse, ist abzuweisen; er wird den Erscheinungen des Lebens, eben der Bedeutung der Tat und der Schuld nicht gerecht; übrigens ist er auch bei Aschaffenburg keineswegs klar gedacht: warum spricht er von Reaktion gegen eine Tat, warum von dem Gefühl der Verantwortung, das in uns lebe? Für seine Theorie sind das wesenlose Begriffe. —

V.

Grundlage der Schuld ist die Zurechnungsfähigkeit, an der wir also festhalten müssen, während die radikalen Modernen sie bekämpfen. Sie ist der Zustand des normal psychologisch arbeitenden und mit genügend sozialen Vorstellungen ausgestatteten Menschen, der danach Herr seiner sozialen Taten ist. Nur er kann seine Taten vermeiden, also schuldhaft handeln. Unpraktisch ist es, diese Fähigkeit in der Empfänglichkeit für die Strafe zu sehen; denn da sie zur Zeit der Tat vorhanden sein muß, so wird man sie richtiger nach dem Verständnis für diese berechnen. — Zu eng nennt sie v. Liszt „normale Determinierbarkeit“, denn er beachtet nicht die sittliche Reife dabei. — Eine solche Gruppierung nun werden wir nie vermeiden können: die Modernen streben ja auch eine an, und bei dieser wird sicher eine Gruppe der normalen sozialreifen Menschen herauskommen. —

Unmöglich ist es, das Maß der Normalität und Reife anders als formal festzustellen. Was für beides sachlich zu verlangen ist, kann man nur schätzungsweise angeben. Der Gesetzgeber pflegt zu schweigen; wenn er z. B. „Willensfreiheit“ verlangt, so ist das nur eine Umschreibung. Wenn er aber wenigstens formell die Faktoren der Zu-

rechnungsfähigkeit angibt, so tnt er recht, denn er weist damit den Richter an, beide selbständig zu prüfen und dies nicht dem Mediziner zn überlassen. Jedenfalls ist die Höhe der Reife verschieden für verschiedene Zeiten nnd Kulturen, auch für verschiedene Taten. Wir dürfen nur das Mindestmaß der Reife verlangen, nicht etwa den jedenfalls höher liegenden Durchschnitt aller normalen Erwachsenen. —

Auf zwei Gebieten wird die Frage der Zurechnungsfähigkeit heute lebhaft verhandelt: für die Jugendlichen und die sogen. vermindert Zurechnnngsfähigen, die Minderwertigen, d. h. diejenigen, die infolge Krankheit nicht nur vorübergehend in der Beherrschung ihrer Taten erheblich gehemmt sind. Es ist interessant zu beobachten, daß bei diesen Gruppen auch die Klassiker eine weitgehende Rücksicht auf die psychologische Eigenart der Person zulassen: aber bei den Jugendlichen ohne Bedenken, bei den Minderwertigen mit etwas Widerstreben. Birkmeyer sogar, einer der radikalsten Klassiker, widerspricht jeder Anerkennung der zweiten Gruppe, da er wohl merkt, daß damit ein ihm unerwünschter Fortschritt gemacht, der Rubikon zu den Modernen überschritten wird, wie van Hamel in Holland sagt. Er fürchtet eine zu grose Einwirkung der Mediziner; er glaubt, das System der mildernden Umstände helfe genügend aus. Bei den Jugendlichen widerstrebt er jeder Hinaufsetzung des Mündigkeitsalters auf 14 Jahr, da er die „Frühreife" der Kinder fürchtet, — als ob diese nicht längst von den Psychiatern als Beweis krankhafter Anormalität erwiesen sei! Er steht auch so ziemlich allein. — Es ist auch für den Vergeltungsgedanken völlig richtig, bei nicht erlangter Reife oder Normalität geringere Widerstandskraft anzunehmen und daher die Schuld als gemindert zu erklären. Aber es ist durchaus äußerlich gedacht, wenn nun einfach die Strafe im Maße herabgesetzt, statt daß sie zugleich besonders ausgestaltet wird. Allerdings darf sie nicht schwerer werden; soweit eine weitergehende Behandlung oder Sicherung der Minderwertigen nötig ist, muß sie neben der Strafe erfolgen. —

Es ist auch interessant zu beobachten, daß manche den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit einfach wegen seiner Unlogik verwerfen, — als ob deswegen diese Menschen aufhörten, tatsächlich zu existieren; andere rechnen sie alle zu den Anormalen und damit Zurechnungsunfähigen; das geht zu weit und wird ihrer Eigenart nicht gerecht. Die von der Mehrzahl heute vorgeschlagene Gruppierung in der Mitte beweist den Fortschritt, indem sie eine feinere Ausgestaltung der Klassen dartut. Daß die Einteilung aufgebaut ist auf die Fähigkeit, die Strafwirkung zu erfassen, ist auch ein Fortschritt nach der modernen Seite. So zeigt sich hier die Annäherung und die Möglichkeit der Vereinigung am klarsten. —

VI.

Die größten Gegensätze sind bei der Schuldfrage zu finden. Hier sind sie auch nicht zu überwinden. Da wir aber dem Schuldprinzip anhängen, so müssen wir suchen, den berechtigten Forderungen der Modernen, so gut es geht, entgegenzukommen. Das ist auch möglich. Aber bisher haben es die Klassiker meist abgelehnt; erst das moderne, psychologisch und deterministisch gebildete Denken hat es verstanden, die Momente zur Bestimmung der Schuldgröße richtiger und besser zu finden, und die Rücksicht auf die gesamte psychologische Eigenart der Person systematischer zu verwerten, was die Klassiker einseitig nur bei den sichernden Maßnahmen tun. Gerade in der Person selbst liegt mehr Anhalt für das Maß der Schuld, als in den äußeren Umständen. — Der moderne Gedanke einer Bekämpfung nur der in der Gesinnung liegenden Gefahr ist zu einseitig; er wird der symptomatischen Bedeutung der Taten nicht gerecht. Er vergißt, daß man nur an diesen die rechtliche Gesinnung bestimmt messen kann. Er würde daher nie rein durchzuführen sein, sondern wieder in klassische Bahnen einlenken müssen. —

Aber gibt es überhaupt eine Schuld? d. h. eine vermeidbare Pflichtwidrigkeit? Diese kann doch nur bei Beherrschbarkeit der Taten, d. h. bei Willensfreiheit bestehen. Daher sagen die klassischen Indeterministen, daß die modernen Deterministen nie dem klassischen Gedanken gerecht werden könnten; und auch viele Moderne sagen, eben deswegen sei eine auf Schuld aufgebaute Strafe nie denkbar. Ist Schuld deterministisch erklärbar? Viele sagen ja! Und ich glaube es auch; freilich nicht mit dem Gedanken einer metaphysischen Freiheit, sondern sie muß völlig deterministisch zu belegen sein. Das ist nun nicht so denkbar, daß für den Einzelfall die Notwendigkeit aufgehoben wird, sondern nur so, daß wir eine sogen. sittliche, objektive Freiheit annehmen. Jeder Angehörige unserer Kultur, der normal ist, nimmt nach der Erfahrung notwendig einen so großen Komplex sozialer Vorstellungen auf, daß er damit in normalen Fällen dem Rechte nachkommen kann. Dieser Vorstellungskreis wird durch Selbstbildung erweitert und gekräftigt; diese Kraft liegt in jedem Menschen. Wenn nun im einzelnen Fall dieser Komplex sich als unzureichend erwies, so können wir dem Täter vorhalten, daß er entsprechend der objektiven Möglichkeit besser handeln könnte. Nur in dieser Weise ist eine Schuld konstruierbar. Ebenso wird sich bei der Reue der Mensch zwar der Notwendigkeit der begangenen Tat bewußt, aber auch der Möglichkeit, in solchen Fällen allgemein besser zu handeln. Damit drängt die Reue den Menschen zur Besserung, d. h. zur Kräftigung seiner sittlichen Vorstellungen. Ebenso muß die Strafe vorgehen. Diese deterministische Begründung der Schuld muß auch den Indeterministen genügen; denn

da über die zwei Anschauungen eine Einigung unmöglich, so muß die beiden jedenfalls passende angenommen werden, sofern sie genügt. —

Die letzte Frage ist nun die, wie sich in der Schuld der Anteil des Täters erkennen läßt. — Für die Schuldgröße sind maßgebend einmal die Größe des Pflichtobjektes; denn je größer dasselbe, um so entschiedener muß die Beherrschung verlangt werden. Sodann die Beeinflussungen der Willensbildung durch physiologisch erkennbar wirkende Faktoren: je stärker die Hemmungen, um so geringer die Schuld. — Wesentlich aber ist das Verhältnis des Charakters zu dem Tatmotiv zu beachten. Ist das Motiv ein schwaches, und trotzdem die Tat begangen, dann ist offenbar der Charakter das ausschlaggebende gewesen. Ist aber das Motiv ein mächtiges, dann wird es auch einen starken Charakter beeinflussen können; die Tat stammt weniger aus diesem. Allerdings ist dabei auch noch zu prüfen, ob das Motiv dem Charakter homogen ist: wenn das der Fall, dann darf seine Stärke weniger in Betracht gezogen werden, da es offenbar auch bei schwacher Betonung gewirkt hätte. — So haben wir die Grundlagen bestimmt, die für die Willensbildung und damit die Schuldgröße maßgebend sind. Unter ihnen ist das Motiv von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Aber es wird kaum möglich sein, die Motive in bestimmte Kategorien einzuteilen und nach diesen die Schuldgröße zu bestimmen, da je nach den Verhältnissen der Tat dasselbe Motiv verschiedenen Wert haben kann. —

So kann man vom klassischen Grundgedanken ausgehend zu einer ganz der modernen Richtung entsprechenden Ausbildung des Strafrechtes gelangen. Ja, in der Beachtung des Schuldgedankens ist die klassische Richtung der modernen überlegen. —

Die Ausführungen von Professor Sommer beruhten im wesentlichen auf den von ihm früher veröffentlichten Schriften, nämlich I. Diagnostik der Geisteskrankheiten 1894, II. Anflage 1901; II. Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden 1899; III. Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie auf naturwissenschaftlicher Grundlage 1904; IV. Familienforschung und Vererbungslehre 1907. Der Inhalt kann hier nur in Stichworten unter Hinweis auf die betreffenden Stellen in den genannten Büchern (I—IV) angedeutet werden.

1. Das Problem des Ausdrucks psychischer Zustände. Der Ausdruck in morphologischen und motorischen Formen. Lavater. Gall. Untersuchung von Anlage, äußerem Reiz und Reaktion im Gebiete der normalen Psychologie, Psychopathologie und Kriminalpsychologie. (Vgl. I 13, 17, 19. II. 22—139. III. Vorwort IX—XI S. 44, 54 u. a.)

2. Das Verhältnis von psychischen Abnormitäten und morphologischen Abnormitäten im Gebiete des angeborenen Schwachsinns und der endogenen Psychosen. (I. 15 u. f., 195—227, 367—76. III. 175 u. f.)

3. Die angeborene Anlage. Lombrosos Theorie vom geborenen Verbrecher. Kriminalpsychologie und Familienforschung. (I. 66—76. III. 306—322. IV. 27—32, 46—55.)

4. Der Ausdruck psychischer Zustände in Form von Bewegungen. Die strafrechtliche Handlung als Form der Ausdrucksbewegung. Untersuchung der Ausdrucksbewegungen. (I. 35—60, 104—07. II. 22—139. III. 13—76, IV. 32—45.)

5. Analyse der Ausdrucksbewegungen im Gebiete der Epilepsie und des Alkoholismus sowie der Hysterie. (III. 29—116. IV. 32—45.)

6. Psychologie der Aussage und Tatbestandsdiagnostik. (I. 60—63. II. 1. III. 353 u. f.)

Im Anschluß hieran wurden Experimente über Auffassung und Erinnerung nach Exposition von Bildern (mit dem Projektionsapparat) vorgenommen.

* * *

Professor Aschaffenburg behandelte in acht Vorträgen folgende Themata:

### 1. Die soziale Bedeutung des Verbrechens.

Erörterung der Notwendigkeit der Betrachtung des Verbrechens als einer vom Leben der Gesellschaft unzertrennbaren Erscheinung. Umfang des Verbrechertums, fortschreitende Zunahme besonders der jugendlichen Verbrecher. Höhe der Kriegskosten. Wesen der Statistik und die Fehlerquellen. Abhängigkeit der Verbrechen von Jahreszeiten, Abnahme der Leidenschaftsverbrechen und Roheitsverbrechen im Winter, Zunahme im Sommer. Bei den Sittlichkeitsverbrechen weist der Zusammenhang mit ähnlichen Erscheinungen (Selbstmord und Konzeptionszeiten auch innerhalb der Ehe) auf eine tiefere Ursache hin, die Vortragender als ein Analogon der Brunst ansieht, da die Temperaturverhältnisse und die Gelegenheitssteigerung im Sommer zeitlich mit der Kurve der Sittlichkeitsverbrechen auseinanderfallen. Diese Ursachen stehen dagegen in engem Zusammenhang mit der Kurve der Körperverletzungen.

Umgekehrt verlaufen die Eigentumsverbrechen, die ihr Maximum im Winter, ihr Minimum im Sommer zeigen.

Die Rassenfrage ist noch nicht endgültig klar, die Unterschiede zwischen der Kriminalität der verschiedenen Konfessionen liegen auf sozialem Gebiete, nicht innerhalb der Unterschiede der Konfession.

Die Bedeutung des Berufes für die Entstehung von Verbrechen ist erst wenig studiert. Es fehlt vorläufig noch an der Statistik der Kriminalität bestimmter einheitlicher Berufsarten.

Bei den Volkssitten ist vor allem der Alkohol zu erwähnen. Der starke Anteil der Betrunkenen bei Körperverletzungen und Sittlichkeits-

verbrechen, der geringe bei Diebstahl und Betrug weisen auf die Art der Gefährdung durch den Trunk hin. Das spezifische Delikt des Alkoholisten ist die gefährliche Körperverletzung. Die starke Anhäufung dieses Deliktes an Sonn- und Feiertagen, sowie Samstags und Montags, sowie der Ort der Körperverletzungen, ferner die Tatsache, daß dieses Verbrechen häufiger von Nichtvorbestraften begangen wird, beweist die Gefährlichkeit der Betrunkenheit gegenüber der Trunksucht. — In der Prostitutionsfrage steht Vortragender auf seiten derer, die für die Bordelle eintreten.

Diebstahl und Unterschlagung sind abhängig von der wirtschaftlichen Lage des Volkes. Die Lebensmittelkurve und die Diebstahlskurve verlaufen parallel. Für den Zusammenhang zwischen wirtschaftlicher Lage und der Begehung von Diebstählen spricht auch die Jahreskurve. Der Zusammenhang ist kein mechanischer; der Begriff der Not muß viel weiter gefaßt werden.

### 2. Individuelle Ursachen des Verbrechens.

Vererbung und Erziehung. Vortragender hält in beiden Fällen die Beispiele für viel verderblicher als die angeborenen Eigenschaften. Die Erhöhung der Bildung allein bleibt ohne Einfluß auf die kriminelle Neigung.

Die Kriminalität der Frauen unterscheidet sich in Art und Zahl erheblich von der der Männer. Neben den körperlichen Eigenschaften muß zur Erklärung die ganze Lebensweise der Frau, insbesondere ihr Fernbleiben von der Kneipe, mit herangezogen werden.

Von besonderer Wichtigkeit ist der Anteil der verschiedenen Altersstufen an den Verbrechen, darunter insbesondere die Kriminalität der Jugendlichen. Sie zeigt, daß der Gesichtspunkt unseres Strafrechtes, die Strafbarkeit von der Verstandesreife abhängig zu machen, unrichtig ist; auch die Altersgrenzen sind nicht richtig gewählt.

### 3. Die Psychologie des Verbrechers.

Die große Masse der Verbrecher ist minderwertig, intellektuell und durch allerhand körperliche und geistige Defekte. Aber es gibt keine spezifische Eigenschaften, die den Verbrecher als eine eigenartige Menschenklasse aufzufassen berechtigen. Auch psychologisch unterscheiden sich die Verbrecher nicht prinzipiell von anderen Menschen. Die Neigung zu Tätowierungen faßt Vortragender als eine Gewohnheit der Kreise, aus denen die Verbrecher stammen, die Gaunersprache des Verbrechers als eine Berufssprache auf.

Zahlreich sind bei den Verbrechern die Fälle von geistiger Störung innerhalb der Gefängnisse, die größtenteils nicht rechtzeitig erkannt

worden sind, noch zahlreicher die Defektmenschen mit angeborener geistiger Schwäche, mit epileptischen, hysterischen und degenerativen Zügen.

Die Verbrecher bilden keine, nach der Straftat erkennbare, psychologische Gruppen, doch lassen sich z. B. die Bettler und Landstreicher, denen die Dirnen psychologisch entsprechen, einheitlich auffassen. Man tut Unrecht, wenn man sie als arbeitsscheu bezeichnet; die meisten sind unter Arbeitszwang sogar sehr fleißig. Sie leiden durchweg an einer Unzulänglichkeit der Initiative. Im großen Ganzen sind sie harmlos und gutmütig.

### 4. Der Kampf gegen das Verbrechen.

Wie die Rückfallstatistik zeigt, ist die Zahl der Unverbesserlichen überaus groß. Sie sind nicht, wie Lombroso meint, als Verbrecher, sondern unter den heutigen Verhältnissen zum Verbrechen geboren. Die Verbrechen kommen zustande durch das Zusammenwirken sozialer und individueller Faktoren. Je stärker die sozialen Ursachen, um so harmloser, je stärker die individuellen, um so gefährlicher sind die Verbrecher.

Vortragender teilt die Verbrecher in folgende Gruppen ein:

1. Zufallsverbrecher; bei ihnen fehlt jeder Wunsch, die Gesellschaft zu schädigen, 2. Affektverbrecher, 3. Gelegenheitsverbrecher, 4. Vorbedachtsverbrecher, 5. Rückfallsverbrecher, 6. Gewohnheitsverbrecher, 7. Berufsverbrecher.

Die ersten Gruppen stellen bis in die Gruppe der Gewohnheitsverbrecher hinein die passiven, nur die letzte Gruppe die aktiven und damit die eigentlich gefährlichsten Verbrecher dar.

Der Kampf gegen die Verbrecher muß absehen von ihrer Beurteilung nach der Art der Straftat und sich statt dessen nach der Persönlichkeit richten. Die größte Milde gegen die Harmlosen einerseits, die größte Energie gegen die Gefährlichen andererseits ist am Platze. Besonders wichtig ist der Kampf gegen das jugendliche Verbrechertum. Vortragender ist dabei gegen jede Strafe und ausschließlich für die Erziehung. Theoretisch ist die Unterbringung in Familien am besten, praktisch bewähren sich gut geleitete Anstalten. Als Erzieher für solche können aber keine Unteroffiziere, sondern nur Lehrer in Betracht kommen.

Der ganze Strafvollzug soll erzieherisch wirken. Dementsprechend muß er gipfeln in der Abschaffung des Strafmaßes, wodurch allein ermöglicht wird, die Strafe völlig der Persönlichkeit des Verbrechers anzupassen.

### 5. Die Gutachtertätigkeit.

Stellung des Sachverständigen als Berater des Richters. Beobachtung gemäß § 81 Str.P.O., Fehler, daß bei Obergutachten keine

nene Beobachtung möglich ist. Stellung des Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung, Gebühren für Sachverständige. — Technik der Gutachten, Anordnung des Stoffes.

Vortragender bespricht die Frage, ob der Sachverständige bei dem § 51 Str.G.B. und § 6 B.G.B. die Relativsätze beantworten soll und begründet, warum er diese Auffassung vertritt.

Im Anschluß daran werden die Fragen der verminderten und der partiellen Zurechnungsfähigkeit erörtert. Die verminderte Zurechnungsfähigkeit, die in vielen Gesetzbüchern besteht und auch in Deutschland vielfach bestanden hat, ist ein Bedürfnis. Die mildernden Umstände, die bei vielen, zum Teil sehr schweren Verbrechen (Raub, Mord, Brandstiftung, Meineid) nicht vorgesehen sind, sind kein Ersatz für das Fehlen der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Über mildernde Umstände urteilt der Richter und nicht der Arzt. Außerdem sind die mildernden Umstände als Ersatz völlig verfehlt. Die Forderung der Ärzte geht nicht dahin, geringere Strafen für vermindert Zurechnungsfähige, sondern andere Art der strafrechtlichen Reaktion. Hinweis auf andere Staaten, wie Norwegen und Italien, die bessere Vorschriften haben, als das deutsche Strafgesetzbuch.

Die partielle Zurechnungsfähigkeit lehnt Vortragender ab. Es läßt sich niemals ermessen, wieweit bei Bestehen der Geisteskrankheit die freie Willensbestimmung bezüglich bestimmter Handlungen beeinträchtigt ist. Außerdem ist der Strafvollzug an Geisteskranken ebenso wie die Verhandlung gegen Geisteskranke nicht gestattet. Ganz anders steht es mit der partiellen Unzurechnungsfähigkeit. Bei ihr handelt es sich darum, daß ein an und für sich zurechnungsfähiger Mensch durch besondere Gründe (Affekt, Angetrunkenheit) vorübergehend unzurechnungsfähig wird. Vielleicht wäre der Ausdruck temporäre Unzurechnungsfähigkeit besser am Platze.

### 6. Der Alkohol als Quelle der Kriminalität und Geistesstörung.

Psychologische Alkoholwirkung. Störung der Auffassung, Störungen des Vorstellungsablaufes (Klangassoziationen) und Steigerung der Erregbarkeit; erleichterte Auslösung von Bewegungen.

Die Alkoholverbrechen verlaufen nach dem Schema der einfachen Reaktion, bei der die Überlegung ausgeschaltet wird und der Reaktion nachhinkt.

Die Zurechnungsfähigkeit der Betrunkenen stellt den Richter vor eine schwierige Aufgabe. Die actio libera in causa ist mehr theoretisch als praktisch von Bedeutung. Zweifellos ist der Betrunkene unzurechnungsfähig, der Gesellschaftsschutz aber verlangt die Annahme seiner Zurechnungsfähigkeit. Im Zwiespalt zwischen dem Recht des Einzelnen

und dem Recht der Allgemeinheit ist Vortragender für die Wahrung der gesellschaftlichen Sicherheit. Besser als Strafe ist die Überweisung in eine Trinkerheilanstalt. Die Entmündigung wegen Trunksucht ermöglicht diese Maßregel; ein Fehler ist, daß der Staatsanwalt nicht antragsberechtigt ist.

Der pathologische Rausch ist der Rausch einer pathologischen Persönlichkeit (Epilepsie, Hysterie usw.). Kurze Erörterung der klinischen Formen der Alkoholpsychosen und Hinweis auf die Bedeutung des Alkoholismus im sozialen Leben, sowie der Mittel zu seiner Bekämpfung.

### 7. Hypnose und ihre forensische Bedeutung. Sittlichkeitsverbrechen begangen an und von Geisteskranken.

Die Hypnose ist ein Zustand des Einredens, praktisch sehr verwertbar zur Beseitigung von Angst und Zwangsvorstellungen, von Stottern, von nervösen Beschwerden, dagegen nicht von Wahnideen, weil zu fest gewurzelt. Hypnotisierbar ist jeder, der hypnotisiert sein will und imstande ist, seine Gedanken zu konzentrieren. Niemand ist gegen seinen Willen hypnotisierbar außer solchen, die schon oft hypnotisiert sind und das Gefühl der Widerstandslosigkeit haben. Vortragender hält es nicht für völlig ausgeschlossen, daß an einer hypnotisierten Person wider ihren Willen sexuelle Handlungen vorgenommen werden. Dagegen glaubt er nicht, daß es möglich ist, einwandfreie Charaktere in der oder durch die Hypnose zum Verbrechen zu bringen. Die durch theoretische Erwägungen entstandene Angst vor der Hypnose als eines kriminogenen Faktors ist durch die Erfahrungen als unberechtigt erwiesen worden.

Vortragender bespricht einzelne Fehler der Sittlichkeitsparagraphen und erörtert dann die Psychologie der Sittlichkeitsverbrecher. Unter diesen sind sehr viele Geisteskranke. Er geht dann auf den § 175 Str.G.B. ein, für dessen Aufhebung er eintritt, wenn auch nur zum Teil mit den Gründen des wissenschaftlich-humanitären Komitees einverstanden. Er hält die Homosexualität, die nicht mit ihrer Betätigung (der Päderastie) verwechselt werden darf, für eine auf psychopathischem Boden erworbene Eigenschaft und weist unter anderem zur Begründung der Annahme des Erwerbens auf die künstliche Züchtung in Internaten und fremden Ländern, sowie auf die Heilungsmöglichkeit hin.

### 8. Über Ideenassoziationen.

Vortragender teilt die Vorstellungen in solche, die begrifflich verwandt sind und solche, die gewohnheitsmäßig miteinander auftreten, innere und äußere Assoziationen. Er bespricht die Ergebnisse der Asso-

ziationsversuche, bei denen er gegenüber Sommer wechselnde Reizworte vorzieht. Eine sehr brauchbare und einfache Methode ist die des fortlaufenden Niederschreibens. Er erörtert dann weiter den Begriff der Ideenflucht.

Die Verwendung der Assoziationsmethoden zur Tatbestandsdiagnostik scheint dem Vortragenden verfrüht. Die bisherigen Anhaltspunkte für die Brauchbarkeit der Versuche sind in Anbetracht der Wichtigkeit nicht ausreichend. Es wird unter anderem immer wieder vergessen, daß dem Angeschuldigten mitgeteilt werden muß, wessen er beschuldigt ist, so daß auch ein Unschuldiger affektbetonten Vorstellungen (Komplexen) gegenüber befangen werden und fehlerhaft reagieren kann. Jedenfalls bedürfen die Methoden noch sorgfältiger Ausfeilung.

---

# Sachverzeichnis.

**I.**



**J.**



**K.**



**L.**

# Autorenverzeichnis.

C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

**Verlagsbuchhandlung Carl Marhold in Halle a. S.**

In **VII. Auflage** erschien die weltberühmte Broschüre:

# Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes.

Von Dr. **P. J. Möbius in Leipzig.**

Elegant ausgestattet Preis Mk. 1.50.

Die Erfahrungen, die der Verfasser mit dieser Broschüre gemacht hat, sind für ihn die Veranlassung geworden, weiter in das für viele nach allen und für alle nach vielen Richtungen hin dunkle Gebiet der Geschlechtsverschiedenheit einzudringen. Er will in den

## Beiträgen zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden

einzelne Fragen nach seiner Wahl besprechen und hofft, manches zu erhellen und Bekanntes wenigstens in neuer Beleuchtung zu zeigen. Die Beiträge sind durchaus nur Originalarbeiten und enthalten neue Gedanken und neue Tatsachen.

Die

## Beiträge zur Lehre von den Geschlechtsunterschieden

liegen komplett vor in nachstehenden Heften:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Heft | 1. | Geschlecht und Krankheit | Mk. 1.— |
| „ | 2. | Geschlecht und Entartung | „ 1.— |
| „ | 3/4. | Über die Wirkungen der Castration. II. Aufl. | „ 2.— |
| „ | 5. | Geschlecht und Kopfgröße | „ 1.— |
| „ | 6. | Goethe und die Geschlechter | „ 1.— |
| „ | 7/8. | Geschlecht und Kinderliebe | „ 2.— |
| „ | 9. | Geschlechter der Tiere, I. Teil „Größe und Schönheit“ | „ 1.— |
| „ | 10. | „ „ „ II. „ „Die Triebe“ | „ 1.— |
| „ | 11/12. | „ „ „ III. „ „Die Schädel“ | „ 2.— |

Jedes einzelne Thema ist vollständig in sich abgeschlossen.

C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Im Verlage von **Carl Marhold** in **Halle a. S.** erscheint fortlaufend:

# Sammlung zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
# Nerven- und Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von Professor Dr. **A. Hoche**, Freiburg i. Br.

**Abonnements-Preis für 1 Band = 8 Hefte 8 Mark.**

## Band I.

Heft 1. **Hoche**, Prof. Dr., in Freiburg i. Br. Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Zweite Auflage. Preis Mk. 1,80
Heft 2/3. **Ziehen**, Prof. Dr. **Th.**, in Utrecht. Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Preis Mk. 2,—.
Heft 4. **Kirchhoff**, Professor Dr., Direktor der Heil- und Pflege-Anstalt bei Schleswig. Neuere Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen. Preis Mk. 1,—.
Heft 5/6. **Bruns**, Dr. **L.**, in Hannover. Die Hysterie im Kindesalter. 2. Aufl. Preis Mk. 2,—.
Heft 7. **Windscheid**, Professor Dr. **Franz**, in Leipzig. Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. Preis Mk. 1,50.
Heft 8. **Hoche**, Prof. Dr., in Freiburg i. Br. Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Preis Mk. 1,40.

## Band II.

Heft 1. **Arndt**, Prof. Dr. **Rud.**, in Greifswald. Was sind Geisteskrankheiten? Preis Mk. 1,50.
Heft 2. **Tiling**, Direktor Dr. **Th.**, in Rothenberg. Über alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex. Preis Mk. 0,80.
Heft 3/4. **Hoffmann**, Dr. **Aug.**, in Düsseldorf. Über die Anwendung der physikalischen Heilmethoden bei Nervenkrankheiten in der Praxis. Preis Mk. 2,40.
Heft 5/6. **Bratz**, Dr. in Berlin. Die Behandlung der Trunksüchtigen unter dem bürgerlichen Gesetzbuch. Preis Mk. 2,40.
Heft 7/8. **Alt**, Prof. Dr. **Konrad**, Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Altmark). Über familiäre Irrenpflege. Preis Mk. 3,—.

## Band III.

Heft 1. **Schultze**, Dr. **Ernst**, Prof. in Bonn. Die für die gerichtliche Psychiatrie wichtigsten Bestimmungen des bürgerlichen Gesetzbuchs und der Novelle zur Zivilprozeßordnung. Preis Mk. 1,80.
Heft 2. **Arndt**, Prof. Dr. **Rud.**, in Greifswald. Wie sind Geisteskrankheiten zu werten? Preis Mk. 2,—.
Heft 3. **Möbius**, Dr. **P. J.**, in Leipzig. Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Siebente Auflage. Preis Mk. 1,50.
Heft 4. **Hoche**, Prof. Dr. in Freiburg i. Br. Die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung Geisteskranker in die Irrenanstalt. Preis Mk. 1,—.
Heft 5. **Trömner**, Dr. **E.**, in Hamburg. Das Jugendirresein (Dementia praecox). Preis Mk. 1,—.
Heft 6. **Hoche**, Prof. Dr., in Freiburg i. Br. Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten? Preis Mk. 1,20.
Heft 7. **Weber**, Dr. **L. W.**, Privatdozent in Göttingen. Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Preis Mk. 1,50.
Heft 8. **Oppenheim**, Prof. Dr. **H.**, in Berlin. Zur Prognose und Therapie der schweren Neurosen. Preis Mk. 1,50.

## Band IV.

Heft 1. **Laquer**, Dr. med. **Leopold**, in Frankfurt a. M. Über schwachsinnige Schulkinder. Preis Mk. 1,50.
Heft 2. **Hoche**, Prof. Dr. A., Freiburg i. Br. Die Grenzen der geistigen Gesundheit. Preis Mk. 0,80.
Heft 3. **Pfister**, Prof. Dr. **H.**, Freiburg i. Br. Die Anwendung von Beruhigungsmitteln bei Geisteskranken. Preis Mk. 1,20.
Heft 4. **Weil**, Dr. **Max**, Stuttgart. Die operative Behandlung der Hirngeschwülste. Preis Mk. 0,60.
Heft 5. **Laquer**, Dr. **Benno**, Wiesbaden. Über Höhenkuren für Nervenleidende. Preis Mk. 0,60.
Heft 6/7. **Weygandt**, Privatdozent Dr. **W.**, Würzburg. Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Preis Mk. 2,40.
Heft 8. **Liepmann**, Privatdozent Dr. **H.**, Pankow b. Berlin. Über Ideenflucht. Preis Mk. 2,50.

## Band V.

Heft 1. **Pick**, Prof. Dr. **A.**, Prag. Über einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters. Preis Mk. 0,80.
Heft 2/3. **Determann**, Dr., St. Blasien. Die Diagnose und die Allgemeinbehandlung der Frühzustände der Tabes dorsalis. Preis Mk. 2,50.
Heft 4/5. **Hoennicke, Dr. Ernst**, in Greifswald. Über das Wesen der Osteomalacie und seine therapeutischen Konsequenzen. Ein Beitrag zur Lehre von den Krankheiten der Schilddrüse. Nebst Bemerkungen über den seelischen Zustand bei der Knochenerweichung. Preis Mk. 2,—.
Heft 6/8. **Heilbronner**, Dr. **K.**, in Utrecht. Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Preis Mk. 3,—.

## Band VI.

Heft 1. **Weygandt**, Prof. Dr. **W.**, in Würzburg. Leicht abnorme Kinder. Preis Mk. 1,—.
Heft 2/3. **Schroeder**, Dr. **P.**, in Breslau. Über chronische Alkoholpsychosen. Preis Mk. 1,80.
Heft 4/5. **Stransky**, Dr. **Erwin**, in Wien. Über Sprachverwirrtheit. Preis Mk. 2,80.
Heft 6/7. **Weygandt**, Professor Dr. phil. et med. **W.**, Würzburg. Über Idiotie. Preis Mk. 2,—.
Heft 8. **Bumke**, Privatdozent Dr., Freiburg i. B. Was sind Zwangs-Vorgänge? Preis Mk. 1,20.

## Band VII.

Heft 1. **Aschaffenburg**, Professor Dr. **G.**, in Köln. Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. Preis Mk. 1,60.
Heft 2. **Moeli**, Prof. Dr. **C.**, in Berlin. Die in Preußen gültigen Bestimmungen über die Entlassung aus den Anstalten für Geisteskranke. Preis Mk. 1,20.
Heft 3. **Nolda**, Prof. Dr. **A.**, in St. Moritz. Über die Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenkranke. Preis Mk. 0,50.

Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Soeben erschienen:

# Die Mimik des Denkens.

Von **Sante de Sanctis,**

Professor der Experimentalpsychologie und Dozent der Psychiatrie in Rom.

Autorisierte Übersetzung von Dr. **Johannes Bresler,** Oberarzt in Lublinitz.

Mit 44 Abbildungen im Text. **Preis 3 Mk.**

Sante de Sanctis' „Mimik des Denkens" bildet gewissermaßen die Fortsetzung und Ergänzung des berühmten Buches von Darwin über den Ausdruck der Gemütsbewegungen, wie schon der Vergleich der Titel beider Werke lehrt. De Sanctis hat sich die Aufgabe gestellt, den von jeglichem Affekt losgelösten Ausdruck des Denkens zu erforschen, ein Problem, das von anderer Seite bisher weder in solchem Umfang erfaßt noch so glücklich gelöst worden war, wie es de Sanctis gelungen. Der Verfasser geht dabei in echt naturwissenschaftlicher exakter Weise vor.

Für den Künstler und den Kunstfreund wird das Buch dadurch wertvoll, daß der Verfasser auch die Kunst zu Worte kommen läßt und unter Wiedergabe berühmter Kunstwerke zeigt, wie die Kunst zu verschiedenen Zeiten die Mimik der Aufmerksamkeit und des Denkens bei Mensch und Tier dargestellt hat.

Kein Psychologe, Künstler, Arzt oder Pädagoge, kein Gebildeter wird das Buch aus der Hand legen, ohne dareus Belehrung und Genuß geschöpft zu haben. In unserer an Kompilationen reichen Zeit ist de Sanctis „Mimik des Denkens" eine erfrischende, wohltuende Erscheinung.

---

Von demselben Verfasser erschien ferner:

# Die Träume.

Medizinisch-psychologische Untersuchungen.

Autorisierte und durch zahlreiche Nachträge des Verfassers erweiterte Übersetzung von Dr. **O. Schmidt,** nebst Einführung von Dr. **P. J. Möbius.**

**Preis 5 Mark.**

---

# Über die Psychologie der Dementia praecox.

Ein Versuch

von

Privatdozent Dr. **C. G. Jung** in Zürich-Burghölzli.

**Preis 2.50 Mark.**

---

# Affektivität, Suggestibilität, Paranoia.

Von Professor **E. Bleuler** in Zürich-Burghölzli.

**Preis 3 Mark.**

---

# Die Sprache der Geisteskranken

nach stenographischen Aufzeichnungen.

Von

Dr. med. **Alb. Liebmann,** Arzt für Sprachstörungen zu Berlin, und Dr. med. **Max Edel,** Arzt am Asyl für Gemütskranke zu Charlottenburg.

**Preis 4 Mark.**

C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

---

C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

**Durch das vor kurzem erfolgte Erscheinen der XII. Lieferung wurde vollständig:**

# SAMMEL-ATLAS

## FÜR DEN

# BAU VON IRRENANSTALTEN.

EIN HANDBUCH FÜR
BEHÖRDEN, PSYCHIATER UND BAUBEAMTE.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. G. KOLB, BAYREUTH.

---

**Preis brosch. Mk. 36,—, in Halbfranz geb. Mk. 38,50.**

---

## Inhaltsverzeichnis.

### TEIL A.

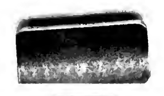


### TEIL B.



---

Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenh inichen.




UNIVERSITY OF CHICAGO
72 711 056